FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N° 30

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1907, à 1 heure

Par **A. HARPEY**

Licencié ès sciences naturelles
Ancien Externe des hôpitaux de Paris
(Né à Béru (Yonne), le 3 Mars 1882)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA LEUCORRHÉE

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *professeur.*
Aug. BROCA et MAUCLAIRE, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance
et de profonde affection

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL
DE DIJON

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. le Docteur Louis RÉNON, professeur agrégé
A M. le Docteur AUCLAIR, médecin des hôpitaux
A M. le Docteur BAR, professeur agrégé
A M. le Docteur BRINDEAU, professeur agrégé
A M. le Docteur OMBRÉDANNE, chirurgien des hôpitaux

A MES MAITRES D'EXTERNAT

A M. le Docteur NÉLATON, professeur agrégé
A M. le Docteur ROCHARD, chirurgien des hôpitaux
A M. le Docteur SIREDEY, médecin des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pendant notre externat, nous avons eu des maîtres à qui nous devons la meilleure partie de nos connaissances médicales et chirurgicales. Nous tenons à leur exprimer publiquement toute notre gratitude.

Nos remerciements iront d'abord à M. le Dr Ch. Nélaton, professeur agrégé, qui nous accueillit avec tant d'amabilité, et qui s'est efforcé, avec une bienveillance toute paternelle, de parfaire notre éducation chirurgicale.

M. le Dr Rochard a droit aussi à toute notre reconnaissance pour les savantes leçons et les nombreuses marques de sympathie qu'il nous a prodiguées.

C'est à M. le Dr Siredey, que nous devons presque toutes nos connaissances en gynécologie, et nous ne saurions trop le remercier de la patience infinie avec laquelle, il a bien voulu diriger nos sens inexperts. C'est lui, enfin, qui nous a guidé dans le choix et l'élaboration de ce modeste travail, et qui a facilité nos recherches en mettant à notre disposition son laboratoire, et, don plus appréciable encore, son inépuisable érudition ; qu'il soit assuré de notre plus profonde gratitude.

Enfin, que notre ami, M. le Dr Henri Lemaire, chef de laboratoire, nous permette de lui dire combien ses conseils nous ont été précieux, et combien, infiniment nous lui sommes reconnaissant de sa rare complaisance.

Nous prions, M. le professeur Pinard, d'agréer l'expression de notre vive gratitude et de notre profond respect, pour le grand honneur qu'il nous a fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse.

EXPOSÉ HISTORIQUE

Les pertes blanches, ou leucorrhée, constituent un phénomène banal, observé chez un grand nombre de femmes et qui a, depuis longtemps, attiré l'attention, car il offre, en clinique, un vif intérêt, tant par sa fréquence que par sa valeur séméiologique.

La signification exacte qu'il faut attribuer à ce mot *leucorrhée* a été très discutée, relativement à son étiologie, à sa nature, et surtout à son origine.

Un grand nombre d'auteurs veulent réserver cette appellation aux seuls écoulements sécrétés directement par le col utérin, et englober tous les autres sous le terme générique moins précis de « pertes blanches. »

Les anciens auteurs admettaient toujours comme point de départ la matrice, mais on n'avait pas encore fait de distinction entre l'utérus et le vagin (Morgagni, Blatin).

Plus tard, Dewees, Bundell, Churchill, distinguèrent deux formes, en se basant sur la différence de

structure et de physiologie de l'utérus et du vagin.

Pichevin (1) n'entend sous le terme de leucorrhée que les écoulements dus à la sécrétion des glandes cervicales.

Doléris (2) également la considère uniquement comme d'origine utérine, et il entend en séparer les écoulements exsudatifs fournis par le vagin.

D'autres auteurs, au contraire, donnent à ce mot un sens beaucoup plus large ; beaucoup d'entre eux l'appliquent à tous les écoulements non sanguins des voies génitales de la femme.

Courty, en 1869, en donne une définition plus générale : « flux pathologique produit par l'augmen-« tation et l'altération des sécrétions normales de « l'appareil génital de la femme. »

Bouchut (3), De Sinéty (4) admettent une leucorrhée vaginale liée à des lésions propres du vagin.

En 1905, MM. Pierre Delbet, et A Siredey ont montré aussi, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie, et de Pédiatrie qu'il existait des leucorrhées d'origine nettement vaginale.

La même année, Chesnet (5) réunit sous ce terme, tous les produits plus ou moins consistants, de cou-

1. Pichevin. *Semaine gynécologique*, 1905, p. 289.

2. Doléris. *La Gynécologie*, mai 1905.

3. Bouchut. *De la leucorrhée chez les petites filles. Mouvement médical*, 1875.

4. De Sinéty. *Traité pratique de gynécologie*, 2e édition, 1884.

5. Chesnet. *Semaine gynécologique*, 14 février 1905.

leur blanche, jaune ou verdâtre qui s'écoulent par la vulve, « et cet écoulement leucorrhéique, dit-il, « est dû en grande partie à l'hypersécrétion des glan- « des cervicales, mais divers organes peuvent par- « ticiper à cette formation et la renforcer, tel est « le cas de la vulve, du vagin, et même des trom- « pes. »

M. le professeur Pozzi (1) la considère comme due à l'exagération ou l'altération morbides de la sécrétion utérine ou vaginale physiologique.

Enfin, actuellement, nombre de gynécologues tendent à englober sous ce terme tous les écoulements autres que le sang. MM. A. Siredey et Lemaire, au Congrès de gynécologie de Rouen, en 1904, ont défini la leucorrhée, « tous les écoulements non sanguins de la femme, c'est-à-dire toutes les sécrétions normales ou pathologiques de l'appareil génital qu'elles que soient leur cause et leur origine ».

C'est, en effet, un phénomène complexe à la production duquel peuvent participer à la fois, toutes les muqueuses génitales ; et il semble peu logique de distinguer la leucorrhée d'origine exclusivement utérine, des pertes blanches dues à la sécrétion simultanée d'un plus grand nombre de muqueuses. Du reste, de par son étymologie (λευχός, *blanc* ; ρειν,

1. S. Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 1905.

2. A. Siredey et H. Lemaire. *Étude sur la leucorrhée. La Gynécologie*, avril 1904.

couler.) ce mot signifie *écoulement blanc* ; et il y aurait quelque chose d'étrange à opposer ces deux termes exactement synonymes.

En ce qui concerne son étiologie, les auteurs anciens reconnaissaient tous à la leucorrhée une cause d'ordre général, et ils en ont donné des explications plus ou moins en harmonie avec les doctrines qui régnaient alors en médecine.

Sylvius de Le Boë dit qu'elle a sa source prochaine dans l'utérus, mais qu'elle est le résultat d'une altération du sang.

Blatin et Nivet (1), en 1842, tout en lui accordant aussi une origine utérine, la rattachent à la chlorose, l'arthritisme, l'herpétisme.

De nos jours, tout en admettant encore dans certains cas une origine diathésique, ou plutôt un trouble de l'état général, on sait quelle est l'importance des lésions locales, et le rôle que jouent dans sa production, les infections microbiennes, en particulier, la blennorrhagie.

En général, donc, on considère ce phénomène comme symptomatique d'une maladie locale ou générale, aiguë ou chronique.

Cependant, il est une forme qui ne semble répondre à aucune lésion locale, à aucune infection, et que beaucoup d'auteurs ont considérée comme un

1. Blatin et Nivet. *Traité des maladies des femmes qui déterminent des pertes blanches, des leucorrhées*, etc., Paris, 1842.

état morbide spécial, c'est la *leucorrhée idiopathique*, à laquelle Courty consacre une longue description dans son Traité.

Ce groupe est, du reste, bien démembré, depuis que l'on connaît mieux le rôle des infections locales ; dans certains cas, en effet, cet écoulement est lié à une lésion locale peut-être méconnue, ou bien est symptomatique d'un état général morbide plus ou moins accentué ; et il est facile de remarquer qu'en général tout flux leucorrhéique est considéré par la plupart des auteurs comme pathologique.

Néanmoins, on observe souvent chez certaines femmes, dans des circonstances que nous verrons plus-loin, des écoulements légers ne s'accompagnant d'aucun trouble local, ni général de la santé. Ces écoulements, plutôt ces suintements, sont regardés comme physiologiques par certains auteurs ; et Stolz (1), en particulier, admet une leucorrhée physiologique, tandis que d'autres, comme Courty (2) voient toujours dans ce phénomène l'indice d'un état morbide plus ou moins grave.

Dans ces dernières années, un nouvel élément est venu contribuer à l'étude des écoulements génitaux ; de nombreux auteurs ont cherché à apporter un peu de lumière dans cette question complexe ; et, depuis vingt ans, tant en France, qu'à l'étranger, de nom-

1. Stolz. Art. « Leucorrhée » de *Dict. de méd. et chir. pratiques*, 1869.

2. Courty. *Traité des maladies de l'utérus*, 1872.

breux travaux ont été poursuivis au sujet de la flore des voies génitales, à l'état sain, commme à l'état pathologique.

Winter, Bumm, Witte, ont montré la variété des microbes contenus dans le vagin ; König, Menge les ont étudiés, en ont décrit plusieurs espèces et ont démontré expérimentalement, leur peu d'importance pathogénique.

Peraire, Reymond, Stini (1) y ont consacré de longues recherches.

Plus récemment J. Hallé et Veillon (2) ont précisé la nature de quelques espèces microbiennes, mais n'ont pu en déterminer le rôle d'une façon suffisante, et ils ont conclu avec d'autres auteurs qu'un seul microbe, le gonocoque, avait réellement une valeur spécifique, et que, par suite, sa recherche avait une grande importance.

A leur tour, MM. A. Siredey et Bigart (3) ont montré que, pratiquement, l'étude bactériologique d'une leucorrhée pouvait donner, en dehors de la recherche du gonocoque, des résultats intéressants, en fournissant d'utiles indications sur la nature, et la

1. Stini. *Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale*. Thèse, Paris, 1897.

2. J. Hallé et Veillon. *Etude bactériologique des vulvo-vaginites des petites filles et du conduit vaginal à l'état sain* (« *Arch. méd. expérimentale*, mai 1896 »).

3. Siredey et Bigart. *Rech. sur la leucorrhée* « *La Gynécologie* », mai 1905.

marche de l'affection causale, et permettant d'en diriger le traitement.

Enfin, jusqu'à ces dernières années, on avait peu étudié la morphologie des sécrétions génitales.

Becquerel, Courty, avaient déjà remarqué que ces liquides contenaient divers éléments cellulaires, mais ils n'avaient pu en faire une étude détaillée.

En 1904, MM. Siredey et Lemaire ont présenté au Congrès de gynécologie de Rouen, une étude fort intéressante sur la morphologie de la leucorrhée, et ils ont pu établir de véritables formules cytologiques après avoir remarqué que la présence, le groupement de diverses cellules, la prédominance de certaines d'entre elles, les modifications qu'elles présentent dans leur forme, dans leur coloration sont assez régulièrement en rapport avec quelques particularités cliniques et anatomiques.

En résumé, nous voyons, par ce rapide historique : qu'après avoir longtemps discuté la valeur du mot leucorrhée, on tend à comprendre, sous ce nom, toutes les sécrétions normales ou pathologiques quelles que soient leur nature et leur origine, et que, par suite, ce terme répond à un phénomène, banal, fréquent, mais complexe, à la production duquel peuvent participer isolément ou simultanément toutes les muqueuses de l'appareil génital ; qu'après avoir longtemps considéré la leucorrhée comme un phénomène d'ordre général, on est arrivé à faire, dans sa production, une part prépondérante

aux lésions locales, surtout depuis que l'on connaît bien le rôle des infections génitales, de la blennorrhagie, en particulier ; que la bactériologie apporte à son étude un concours précieux, et permet un diagnostic plus sûr de sa cause, de sa nature ; que l'étude cytologique des sécrétions peut renseigner aussi sur leur nature et leur origine.

Sur les conseils de notre maître, M. le Dr Siredey, nous avons étudié à la Consultation de Gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine, de nombreux cas de leucorrhée au triple point de vue *clinique, bactériologique et cytologique*. Nous avons surtout insisté sur ces deux derniers caractères d'un écoulement leucorrhéique, et nous avons pensé pouvoir faire des matériaux ainsi recueillis, l'objet de notre thèse.

Nous chercherons surtout à montrer, dans ce modeste travail, l'utilité et même la nécessité de faire un examen bactériologique et cytologique d'une leucorrhée pour établir, d'une façon précise, sa nature, son origine, et, par suite, pour pouvoir porter un pronostic juste et instituer une thérapeutique rationnelle.

Nous allons donc présenter dans les chapitres qui vont suivre une étude complète de la leucorrhée, dont nous passerons successivement en revue :

1° Les caractères cliniques ;

2° Les caractères bactériologiques ;

3° Les caractères cytologiques ;

4° L'étiologie et la pathogénie ;

5° Le diagnostic ;

6° Le traitement, sur lequel nous ne pourrons qu'indiquer quelques considérations intéressantes.

HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

DES MUQUEUSES DE L'APPAREIL GÉNITAL

Avant d'exposer les caractères de la leucorrhée, il nous paraît utile de rappeler ici quelques notions sur l'histologie et la physiologie normales des muqueuses génitales, et surtout de celles de l'utérus, du vagin, de la vulve.

La *muqueuse du corps* de l'utérus tapisse toute la surface de cette cavité, se continuant d'une part avec celle des trompes, et, d'autre part, avec celle du col.

Elle est formée de deux couches : un chorion et un épithélium.

Cet épithélium est constitué par une rangée unique de cellules cylindriques hautes de 25 à 30 μ ; garnies de cils vibratiles, et munies d'une membrane basale; leur protoplasma, finement et uniformément granuleux prend bien les matières colorantes. Le noyau, arrondi ou ovalaire occupe la partie moyenne de la cellule.

Le chorion se compose d'un fin réseau de fibrilles

conjonctives, dans les mailles duquel sont disséminées une immense quantité de cellules arrondies ou ovoïdes du volume d'un leucocyte. Ce stroma a les caractères du tissu adénoïde, et, de fait, quelques auteurs (Pryor, Paton, Brödike), ont voulu assimiler la muqueuse corporéale à un organe lymphoïde.

Cette muqueuse est criblée de petits pertuis qui sont les orifices des glandes signalées par Sharpey, Weber, Ch. Robin ; ces glandes, plongées dans le stroma sont tubuleuses, assez souvent bifurquées, et sont tapissées d'un épithélium semblable à celui de la muqueuse, c'est-à-dire cylindrique vibratile.

La plupart des physiologistes n'admettent pas à ces glandes du corps utérin un rôle sécréteur. La seule sécrétion qui soit propre à cette région est une filtration ou plutôt une exhalation insignifiante de sérosité sanguine, véritable réduction de l'hémorragie menstruelle. Elle est à l'état normal suffisante tout au plus pour entretenir humide la cavité utérine (Doléris) (1).

La *muqueuse du canal cervical* est tapissée de cellules épithéliales cylindriques, ciliées, plus hautes que celles du corps, se colorant moins bien et dont le noyau est relégué dans le segment basal.

Les glandes de ce canal diminuent de nombre de haut en bas ; leur épithélium est tantôt cylindrique, vibratile (Lott), tantôt caliciforme (De Sinéty, Renaut, Friendländer). Ces glandes sont plus serrées

1. Doléris. *Métrites et fausses métrites*. Paris, 1902.

que celles du corps ; elles sécrètent un mucus peu abondant, filant, incolore, transparent, dont la quantité augmente sous l'influence des excitations génitales, et dont le rôle est de lubréfier le conduit génital, et peut-être de fournir un milieu alcalin très favorable à la conservation de la vitalité des zoospermes, dans l'acte de la copulation.

Normalement le liquide du col, ne contient aucun microbe, mais il peut fournir un excellent milieu de culture lorsqu'il a été infecté.

La *muqueuse du museau de tanche* qui se continue insensiblement avec celle du vagin possède un épithélium pavimenteux stratifié.

Après la ménopause, les glandes du corps et du col disparaissent ; celles-ci se transformant souvent en petits kystes (Mœricke) ou en follicules crétacés (Ch. Robin).

La *muqueuse vaginale,* normalement très pâle dans la partie supérieure, et rosée dans sa partie inférieure est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié qui comprend trois assises : une assise kératoïde en voie de desquamation, une assise de cellules aplaties stratifiées, et une assise de cellules semblables, dentelées sur leurs bords.

Au-dessous se trouve un tissu conjonctif contenant quelques follicules clos dont la présence est contestée.

Dobrowolski, en a cependant nettement observé sur la partie inférieure des colonnes du vagin ; et ils

augmenteraient de taille et de nombre dans la grossesse et au cours d'une gonorrhée.

L'existence de *glandes* dans la muqueuse vaginale est très contestée. Elle est niée d'une façon absolue par Ch. Robin, Cruveilhier, Sappey, De Sinéty, Waldeyer, Gegenbaur, etc.

Huschke, Hennig en signalent dans la presque totalité du vagin. Henle, Charpy, ne parlent que de dépressions et d'invaginations épithéliales pleines de bourgeons épithéliaux simples ou ramifiés.

Veit en a trouvé quelques-unes à l'entrée du vagin ; elles présenteraient tous les caractères des glandes sébacées, et il les regarde comme des lobules aberrants se continuant avec les organes semblables de la vulve.

Le vagin ne serait donc le siège d'aucune sécrétion, mais d'une desquamation plus ou moins intense de la muqueuse.

La cavité vaginale contient normalement un grand nombre de microbes saprophytes.

De chaque côté, et en arrière de *l'orifice vulvo-vaginal* se trouvent les glandes de Bartholin qui sont rangées parmi les glandes tubuleuses ramifiées (Flemming, V. Müller). Leur épithélium est formé d'une seule assise de cellules cylindriques ou caliciformes.

La *région vestibulaire* est pourvue de nombreuses petites glandes muqueuses, les glandules périuréthrales du vestibule.

Elles sont le siège de sécrétions assez intenses.

Les *petites lèvres* ne renferment pas de glandes sudoripares, mais leurs deux faces sont riches en glandes sébacées, la plupart multiramifiées.

A la face interne des grandes lèvres, la peau est mince, de coloration rosée, et contient des glandes sébacées qui comptent parmi les plus volumineuses de l'organisme. Les glandes sudoripares y sont également nombreuses et très développées.

Normalement, ces muqueuses génitales ne sont donc pas le siège de sécrétions abondantes.

Il n'en est plus de même, sous l'influence de congestions, d'irritations, d'infections.

Voyons donc les modifications, les altérations que peuvent subir les épithéliums des muqueuses ou des glandes sous l'influence de phénomènes inflammatoires.

Le tissu épithélial est dépourvu de vaisseaux, son inflammation peut donc se produire indépendamment de l'action des vaisseaux et du sang, mais il y a une corrélation intime observée entre l'épithélium et le tissu conjonctif sous-jacent.

L'inflammation catarrhale des muqueuses est caractérisée par les trois faits suivants :

dégénérescence muqueuse des cellules ;

passage des leucocytes ;

chute des cellules, remplacées par des éléments néoformés.

Lorsque le passage des globules blancs à travers les muqueuses se fait en grande abondance, l'inflam-

mation catarrhale arrive à produire du muco-pus, et même du pus, qui résulte de l'hyperdiapédèse des leucocytes mono ou pluri-nucléaires (Cornil et Ranvier) (1).

De ces considérations, il résulte que la muqueuse du corps utérin, qui semble à l'état normal n'être le siège que d'une transsudation, pourra, sous l'influence d'une congestion intense, produire un écoulement séro-muqueux, abondant, limpide, tenant en suspension quelques éléments cellulaires normaux de son épithélium, et même quelques leucocytes normaux dont la présence s'expliquerait facilement dans l'hypothèse de structure réticulée, lymphoïde de cette muqueuse corporéale.

De même, sous l'influence d'une inflammation plus ou moins vive, elle pourra produire du pus, dans lequel on retrouve, en même temps que de nombreux leucocytes des éléments propres de l'épithélium.

Lorsque la muqueuse cervicale sera le siège d'une congestion, d'une irritation, d'une infection, sa sécrétion sera exagérée, ou même donnera lieu à un écoulement muco-purulent ou purulent présentant aussi des caractères mophologiques spéciaux.

Sous ces diverses influences, la muqueuse du vagin subira une desquamation plus ou moins intense.

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, 1901.

Les différentes leucorrhées, suivant la cause et la région qui leur donnent naissance, présenteront donc des caractères spéciaux, tant par l'aspect même du liquide, que par les divers éléments cellulaires ou microbiens qu'il renferme.

CARACTÈRES CLINIQUES

Pour faciliter notre description, nous allons passer en revue les diverses leucorrhées suivant leur origine utérine, vaginale, vulvaire.

I. — *Leucorrhée utérine.* — Suivant qu'il s'agit d'une simple hypersécrétion, ou, au contraire, d'une inflammation avec suppuration, et selon la région (corps ou col), qui est intéressée, les liquides produits présentent un aspect différent.

Il est assez difficile de distinguer le liquide fourni par le corps et le col de l'utérus ; et Küstner a remarqué que le catarrhe du premier coïncide presque toujours avec celui du second. La sécrétion du corps serait cependant plus fluide, moins tenace que celle du col.

Sous l'influence d'un simple phénomène congestif, l'utérus produit un mucus filant comme du blanc d'œuf, visqueux, tenace, adhérant à la muqueuse ; il est transparent, limpide empesant fortement le linge sans le colorer, et laissant quelquefois à sa

surface de petits grumeaux ressemblant à du blanc d'œuf cuit.

Lorsqu'il y a inflammation, le mucus sécrété devient plus abondant, plus épais ; et se présente sous forme de glaires épaisses se détachant en abondance ; ces mucosités sont très cohérentes, visqueuses, généralement blanchâtres.

Si le processus inflammatoire est plus prononcé, plus aigu, ce mucus se trouble, devient opaque. C'est un muco-pus, ou même un pus franc, ressemblant tantôt au mucus nasal épais du coryza, tantôt aux crachats jaunes, verdâtres expectorés à la fin d'un catarrhe bronchique.

Ces glaires épaisses sont très cohérentes, tenaces, adhérant fortement à la muqueuse du col ; elles empèsent fortement le linge sur lequel elles laissent des taches régulièrement arrondies, peu étendues dont la coloration varie du jaune au vert.

Ces liquides utérins ont une réaction alcaline.

II. — *Leucorrhée vaginale.* — Les écoulements du vagin sont remarquables par leur aspect lactescent, parfois franchement blanc, parfois caillebotté, de consistance crémeuse, souvent, au contraire, fluide, mais jamais visqueuse, ni gluante. Quand ce liquide est mélangé de pus, il prend un aspect jaune-sale, grisâtre.

Il s'écoule en abondance, et d'une façon continue, goutte à goutte, et laisse sur le linge des taches plus grandes que celles produites par le mucus utérin, peu empesées, moins nettement circonscrites, peu

colorées, sauf dans les cas de leucorrhée purulente où elles sont jaune-verdâtre et plus ou moins sanguinolentes.

Le liquide vaginal répand une odeur aigrelette, sa réaction est légèrement acide.

III. — *Leucorrhée vulvaire.* — Les sécrétions vulvaires sont beaucoup plus complexes, car elles proviennent, ainsi que nous l'avons vu, de sources différentes : des glandes de Bartholin, qui sécrètent un liquide légèrement visqueux et incolore ; des glandes péri-uréthrales du vestibule (Martin et Léger) (1) produisant un liquide très fluide ; mais ces liquides se mélangent à la matière sébacée produite en plus ou moins grande abondance, par les follicules glandulaires des grandes et petites lèvres.

Ce mélange constitue un écoulement visqueux, caséeux blanchâtre ou jaunâtre, tendant à s'accumuler sur place, à adhérer aux poils de la région, comme un smegma, et irritant les parties voisines, que l'on trouve emflammées, érythémateuses.

Ces produits empèsent le linge, et y forment des taches oblongues, mal délimitées, souvent colorées en jaune sale, lorsqu'il y a mélange de pus.

IV. — *Leucorrhée tubaire.* — On peut observer encore, mais à l'état de rareté des exsudats tubaires, se vidant par les voies génitales ; ces produits seraient des mucosités filantes, semblables à celles

1. Martin et Léger, *Mémoire sur les organes sécréteurs de la vulve.*

de l'utérus et peu faciles à en distinguer par un simple examen.

Pris individuellement, ces divers produits de sécrétion, de transsudation, ou de desquamation présentent donc des caractères spéciaux qui permettraient d'en préciser l'origine ; mais, la plupart du temps, sous l'influence d'un même processus morbide, les muqueuses de diverses régions du canal génital sécrètent ensemble, leurs produits se mélangent dans le vagin, où ils peuvent subir des modifications ; et à son issue l'écoulement est beaucoup moins caractéristique.

Ces écoulements leucorrhéiques, s'accompagnent, ou plutôt, se compliquent toujours, à un degré plus ou moins prononcé de diverses lésions de l'orifice vulvaire et des parties avoisinantes. Ces lésions, si fréquemment liées à l'existence de la leucorrhée peuvent donc, et doivent même, faire partie de sa description.

Ce sont, surtout, des phénomènes d'irritation plus ou moins vive des parties génitales, qui peuvent devenir très intenses, quand l'écoulement est abondant et continu, et lorsque, surtout, il s'agit d'une sécrétion irritante, tel le liquide acide du vagin.

Cette irritation produit, sur la vulve, une rougeur plus ou moins vive, accompagnée de prurit souvent violent.

Les parties voisines, la face interne des cuisses, le périnée, l'anus, participent très souvent à cette

inflammation, et sont le siège d'un érythème et d'un prurit souvent intenses.

S'il s'agit d'un écoulement ancien, abondant et continu, la peau de ces régions s'épaissit et se pigmente ; elle prend une coloration bistrée, bronzée, plus foncée chez les femmes brunes ou châtain foncé. Chez les blondes, au contraire, dont l'épiderme est plus fin, plus délicat, on peut observer un intertrigo beaucoup plus intense, mais, la pigmentation est moindre ; la peau est souvent excoriée, et ces régions deviennent très sensibles au moindre frottement.

CARACTÈRES BACTÉRIOLOGIQUES

Depuis une vingtaine d'années un grand nombre d'auteurs, cherchant à éclairer la pathogénie de certaines leucorhées ont fait de longues recherches sur la bactériologie des voies génitales, à l'état sain, comme à l'état pathologique.

J. Hallé et Veillon (1) ont bien précisé la nature et le rôle de certaines espèces microbiennes, mais si un microbe n'a pas une valeur spécifique incontestable, sa présence sur une muqueuse ne suffit pas pour qu'on lui attribue une influence pathogénique véritable.

Cependant, pratiquement, la constatation, dans une sécrétion de certaines espèces ou de certains groupements microbiens peut être d'un utile secours dans la détermination de sa nature ; et, ainsi que MM. Siredey et Bigart l'ont montré en 1905, les diverses sécrétions génitales possèdent des caractères

1. J. Hallé et Veillon. *Étude bactériologique des vulvo-vaginites des petites filles et du conduit vaginal à l'état sain. Arch. méd. expérimentale*, mai 1896.

bactériologiques constants suivant les types que l'on considère.

Nous allons voir les caractères différents que présentent un écoulement physiologique, et un écoulement pathologique, une forme aiguë et une forme chronique.

De plus, il est un microbe dont la spécificité est incontestable, et qui joue un rôle immense dans la pathologie de l'appareil génital : c'est le *gonocoque de Neisser*, dont la constatation dans une leucorrhée est du plus haut intérêt.

L'étude pratique des caractères bactériologiques d'une leucorrhée est des plus simples, et ne demande aucune installation spéciale.

Voici la technique que nous avons suivie dans nos recherches :

Dans chaque cas, nous prélévions à l'aide d'un fil de platine flambé, une goutte de liquide vulvaire ou vaginal ; nous en déposions une petite quantité sur deux ou trois lames porte-objet, sur lesquelles nous l'étalions à l'aide du fil, ou en l'écrasant au moyen d'une autre lame.

Nous prélévions, de même, lorsqu'il nous était possible, une goutte de mucus ou de muco-pus, dans l'orifice du col utérin, à l'aide du fil de platine, ou d'une pipette fine et stérilisée. Ces sécrétions utérines s'étalent difficilement, et il est bon de les écraser à plusieurs reprises entre deux lames.

Ces préparations étaient ensuite traitées de la façon suivante :

Après avoir fixé par l'acide chromique à 1 0/0 ou par l'alcool-éther, nous colorions par le bleu polychrome de Unna, que nous laissions agir cinq minutes ; après avoir ensuite lavé à l'eau, nous pouvions faire l'examen.

Nous croyons utile de remarquer ici, que les sécrétions muqueuses du col utérin sont plus difficiles à colorer que celles du vagin ou de la vulve, car elles forment sur la lame, un enduit, d'aspect gras, sur lequel le colorant mord mal. En le traitant par l'éther sulfurique, on arrive à rendre plus intime le contact du colorant.

Le gonocoque apparaît sous forme de gros diplocoques trapus, accolés en grains de café, se montrant isolés ou en groupes plus ou moins nombreux, en dehors, ou à l'intérieur des cellules, suivant les cas.

Dans les cas où l'hésitation était possible, nous traitions une seconde préparation par la méthode de Gram; le gonocoque *ne prenant pas le Gram* est décoloré par la solution iodo-iodurée.

Cette constatation du gonocoque dans un écoulement permet d'affirmer sa nature blennorrhagique ; au contraire, son absence ne peut permettre d'éliminer cette hypothèse, car dans certains écoulements anciens, le gonocoque a disparu, et ne réapparaît que dans des circonstances spéciales, par exemple, après la période menstruelle, ou sous l'influence d'excès vénériens, d'écarts de régime, etc.

Le mode de coloration que nous venons d'indiquer colore tous les microbes contenus dans la prépara-

tion ; nous devons signaler d'abord une forme de diplocoque, que J. Hallé (1) avait déjà signalée dans sa thèse, en 1898, et que M. Siredey (2) a décrite en 1905, et qu'il a appelée *faux gonocoque.*

Il s'agit de diplocoques de taille beaucoup plus petite que le vrai gonocoque de Neisser, qui existent généralement en bien plus grand nombre, et qui, enfin, n'ont pas les mêmes caractères de coloration : ils restent colorés, après l'action de la solution de Gram.

Dans presque tous les cas d'infection aiguë, due ou non au gonocoque, on observe, en même temps que ce dernier, ou indépendamment de lui, une quantité considérable de cocci, disposés sans ordre, dans la préparation, tantôt groupés en amas, tantôt en grappes, ou en chaînettes très courtes, et donnant souvent l'aspect d'une véritable purée. Dans ces formes aiguës, les gonocoques sont presque tous extra-cellulaires.

Lorsqu'on arrive à une période plus ancienne de l'affection, ce qui frappe, c'est l'abondance moindre de gonocoque, le plus souvent intra-cellulaire, semblant phagocyté par les leucocytes ou les cellules épithéliales. Ces préparations contiennent également beaucoup moins de cocci que celles de leucorrhée récente ; en revanche, on y trouve une quantité plus ou moins

1. J. Hallé. « *Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme* ». *Thèse de Paris*, 1898.

2. A. Siredey et Bigart. « *Recherches sur la leucorrhée.* » *La Gynécologie*, mai 1905.

grande de bacilles, de bactéries, de formes longues, en un mot, groupées en chaînes (strepto-bacilles), ou en amas plus ou moins réguliers, et que MM. Siredey et Bigart ont comparées au bacille de Löffler.

Dans les sécrétions non pathologiques, dans la leucorrhée simple des vierges, en particulier, on n'observe que ces formes bacillaires, à l'exclusion des formes courtes, des cocci ; et c'est dans ces sécrétions qu'elles atteignent leur maximum de longueur (voy. observation I).

C'est ce que nous avons toujours observé aussi, dans les cas de leucorrhée pré-et post-menstruelle ainsi que dans les écoulements des femmes enceintes (voy. obs. II).

A mesure que l'on suit l'évolution d'une infection génitale produisant une leucorrhée, à mesure que l'écoulement devient moins abondant, moins purulent, à mesure que l'on passe d'une forme aiguë à une forme chronique, ou que la maladie s'améliore et tend vers la guérison, on assiste à des transformations bactérologiques fort intéressantes :

Les gonocoques deviennent moins abondants, et quand ils existent, la plupart sont intra-cellulaires ; et plus tard, ils sont tous incorporés aux leucocytes ou aux cellules épithéliales. Les autres cocci deviennent eux-mêmes plus rares, et, en même temps, on assiste à l'apparition des bacilles diphtéroïdes, en plus ou moins grande quantité, et l'on remarque que ceux-ci deviennent de plus en plus longs et grêles, à mesure que l'on approche de la guérison.

Nous avons suivi ces transformations dans un certain nombre de nos observations, et en particulier, dans *l'observation XIII.*

Dans la plupart des cas de leucorrhée que nous avons observés à la Consultation de gynécologie, nous avons étudié des sécrétions prises dans le vagin, et aussi sur le col ou à son intérieur, et nous avons pu, ainsi, nous assurer que les caractères bactériologiques que nous venons de signaler s'appliquent aussi bien aux leucorrhées cervicales, qu'aux écoulements vaginaux ou vulvaires.

La même technique donne dans tous ces cas des résultats similaires.

En résumé, les nombreux examens bactériologiques que nous avons faits nous ont permis de noter les caractères suivants :

1° Chaque fois que l'on observe dans un écoulement la présence du gonocoque, intra ou extra-cellulaire, on peut en affirmer la nature blennorrhagique, mais son absence ne permet guère de conclure qu'après plusieurs examens successifs de sécrétions recueillies dans des circonstances différentes ;

2° Les sécrétions observées chez des femmes saines, sans passé génital pathologique, sont très riches en microbes, mais uniquement en formes bactériennes longues et grêles ;

3° Les écoulements produits, au cours d'infections génitales aiguës ne contiennent au contraire que des formes courtes (cocci divers). Dans un grand nombre de cas, en même temps que le gonocoque de

Neisser, ou indépendamment de lui, on rencontre de petits diplocoques de taille inférieure à celui-ci ; ce sont les faux gonocoques dont on connaît mal le rôle pathogénique ;

4° A mesure qu'une affection génitale passe de l'état aigu à l'état chronique, ou a tendance à guérir, on voit disparaître progressivement le cocci, et apparaître les formes longues, diphtéroïdes.

Ces remarques peuvent donc donner d'utiles renseignements, et permettent de suivre d'une façon précise l'évolution d'une affection génitale et d'en diriger le traitement.

CARACTÈRES CYTOLOGIQUES

Normalement, les diverses muqueuses de l'appareil génital sont, ainsi que nous l'avons déjà dit, le siège de sécrétions, de transsudations et de desquamation, au cours desquelles elles abandonnent quelques cellules de leur épithélium, et peuvent se laisser traverser par des leucocytes. Ces éléments sont entraînés par l'écoulement ainsi produit, et dans lequel on peut les déceler à l'aide du microscope.

Ce phénomène de désintégration épithéliale est surtout accentué lorsqu'il s'agit d'un trouble inflammatoire plus ou moins intense.

Jusqu'à ces dernières années, on avait peu étudié la morphologie des sécrétions génitales.

Becquerel, Courty, avaient déjà décrit certains éléments cellulaires observés dans une leucorrhée. Ils avaient remarqué des cellules plates du vagin, des cellules cylindriques du col, des leucocytes mono et polynucléaires, etc...

En 1904, MM. Siredey et Lemaire (1) ont repris cette étude morphologique, et après une observation minutieuse et prolongée, ces auteurs ont remarqué que la présence, le groupement de diverses cellules, la prédominance de certaines d'entre elles, les modifications qu'elles présentent dans leur forme, leur coloration sont assez régulièrement en rapport avec quelques particularités cliniques et anatomiques ; et ils ont pu établir de véritables formules cytologiques de la leucorrhée, formules qui peuvent offrir un grand intérêt pour le diagnostic d'origine d'un écoulement, et qui peuvent permettre dans certains cas de faire la part du rôle respectif que jouent les différentes muqueuses génitales dans sa production.

Nous avons, nous-même étudié, au point de vue morphologique un grand nombre de formes de leucorrhée, physiologiques ou pathologiques, aiguës ou chroniques, et aux différentes phases de la vie génitale de la femme.

A cet effet, nous prélèvions, comme pour l'étude bactériologique, une goutte de liquide, à la vulve, dans le vagin, et sur le col lorsqu'il y avait lieu ; nous faisions de chacune deux préparations.

Après les avoir fixées par l'acide chromique à 1 0/0, l'une était traitée par le bleu polychrome de Unna, pendant cinq minutes puis légèrement décolorée par

1. A. Siredey et H. Lemaire. «*Étude de la leucorrhée*». *La gynécologie*, avril 1904.

l'alcool absolu ; la seconde était colorée au moyen du réactif triacide d'Ehrlich, pendant trente à quarante minutes, puis lavée à l'eau.

Nous avons ainsi remarqué des caractères morphologiques spéciaux suivant les différents types de leucorrhée.

Dans les cas de leucorrhée physiologique survenant avant ou après les règles, ou à l'occasion de fatigues chez des jeunes femmes saines, sans passé génital pathologique, on est frappé du petit nombre d'éléments cellulaires contenus dans l'écoulement.

Dans toutes ces formes, dont le type est représenté par notre observation I, nous avons trouvé dans le liquide du vagin :

1° Des cellules pavimenteuses vaginales dont le protoplasma et le noyau sont franchement colorés, en rouge orangé, par le triacide ;

2° Quelques cellules semblables moins bien colorées ;

3° Quelques leucocytes normaux, bien colorés ;

4° Après les règles, on observe souvent des cellules plates en voie de désagrégation, à noyau plus ou moins fragmenté, et mal colorées.

Dans ces mêmes cas, nous avons remarqué dans la petite goutte de mucus que nous avons pu parfois recueillir dans le col utérin :

1° Des cellules cylindriques peu déformées, souvent réunies en lambeaux de trois ou quatre ; et dont le noyau, allongé et coloré en bleu foncé, se détache bien du reste de la cellule, en bleu plus pâle ;

2° Des cellules pavimenteuses dont les bords sont nettement dessinés, à protoplasma coloré en violet, dont le noyau se détache fortement en bleu foncé.

Le triacide montre que les quelques polynucléaires que l'on rencontre dans ces cas sont normaux : leur noyau est bien coloré, et le protoplasma contient des granulations typiques.

Nous avons toujours observé ces mêmes caractères chez des femmes saines ; mais, à mesure que l'intégrité du canal génital devient moins parfaite, le nombre des éléments cellulaires augmente, mais ce sont encore des cellules du vagin ou du col peu ou pas altérées ; et il est excessivement rare, ainsi que nous le montrent les observations VI, VII et VIII, d'observer des polynucléaires. Tel est le cas des femmes qui ont eu des enfants, ou qui ont été atteintes d'affections génitales guéries, du reste, depuis longtemps.

Dans la leucorrhée, si fréquente, des femmes enceintes (obs. II), nous avons trouvé des éléments semblables, mais avec plus de tendance à la désagrégation des cellules : leur protoplasma est en plasmolyse, leur noyau se colore en bleu très pâle, et est recouvert partiellement de granulations violettes.

Dans un cas d'infection virginale banale (obs. IV), nous n'avons observé que des cellules à peu près normales.

Ces types se retrouvent dans la plupart des leucorrhées des chlorotiques, ou des jeunes tuberculeuses.

D'après l'observation de tous ces cas similaires, on peut donc remarquer que les écoulements leucor-

rhéiques, observés en dehors de toute infection, présentent les particularités suivantes :

S'il s'agit du liquide vaginal :

1° Cellules pavimenteuses du vagin, normales, franchement colorées ;

2° Mêmes cellules plates, moins bien colorées ;

3° Quelques rares cellules en voie de désagrégation ;

4° Quelques lymphocytes bien colorés ;

5° Très rares polynucléaires, normaux ;

6° On peut y ajouter de nombreux microbes, surtout des bactéries.

S'il s'agit du mucus cervical :

1° Cellules cylindriques souvent réunies par lambeaux ;

2° Quelques cellules pavimenteuses, à bords réguliers, bien dessinés, et à noyau fortement coloré.

Lorsque la leucorrhée est due à une infection nette, qu'il s'agisse de vaginite (obs. IX et X) ou de métrite (obs. XIII et XIV), les caractères cytologiques sont différents ; en effet, après un grand nombre d'examens, nous avons vu que ces écoulements présentent :

1° De très rares cellules normales du vagin ou du col ;

2° De nombreuses cellules cylindriques et pavimenteuses, dont le noyau est vacuolaire, allongé, plus ou moins fragmenté, et le protoplasma est également en plasmolyse. Noyau et protoplasma se colorent mal ;

3° Polynucléaires en plus ou moins grand nombre, pour la plupart altérés, présentant un noyau vésiculeux et un protoplasma vacuolaire.

L'étude de ces mêmes préparations colorées au triacide montrent, en outre, les particularités suivantes :

1° Les cellules altérées morphologiquement, dont le noyau est fragmenté ou disparu, sont colorées en orange ; leur protoplasma est nettement vacuolaire ;

2° Les quelques cellules ne semblant pas altérées morphologiquement, ont un noyau orange, et un protoplasma lilas.

3° Quelques-unes franchement normales ont un noyau basophile et un protoplasma neutrophile.

4° Les polynucléaires ont un noyau vésiculeux, mal coloré, en bleu ciel ; leur protoplasma, vacuolaire, est coloré en bleu très pâle et ses granulations ont disparu.

Tels sont les caractères que l'on observe, surtout dans les cas d'infections aiguës. On peut du reste y joindre, la présence de formes microbiennes courtes (cocci, diplocoques), et souvent du gonocoque.

Dans les affections chroniques, ainsi que nous le montrent les observations VI et VIII, on remarque :

1° Beaucoup plus de cellules épithéliales normales;

2° Quelques cellules plus ou moins altérées ;

3° Polynucléaires en nombre moindre et à coloration plus franche.

Enfin, nous avons eu l'occasion d'étudier quelques cas de pertes blanches chez des femmes atteintes de néoplasme du col utérin. Dans plusieurs cas, et en particulier, dans celui de l'observation XV, ces sécrétions présentaient les caractères suivants :

1° Cellules pavimenteuses normales en assez grand nombre ;

2° Nombreux polynucléaires ;

3° Cellules mortes plus ou moins désagrégées ;

4° Cellules à gros noyau, arrondies, de taille un peu supérieure à celle d'un gros mononucléaire du sang, et à protoplasma peu abondant. Ces cellules présentent souvent une bipartition du noyau et du protoplasma, et cette division est tantôt régulière, tantôt atypique.

5° Quelques hématies.

Nous voyons donc que suivant qu'il s'agit d'une leucorrhée observée chez une femme saine, ou chez une femme atteinte d'infection génitale, et suivant que cette affection est aiguë ou chronique, on retrouve des dispositions cellulaires spéciales et constantes.

D'autre part, nous avons remarqué que, généralement les caractères bactériologiques de ces diverses leucorrhées concordent avec leurs caractères cytologiques ; par conséquent, nous pensons pouvoir présenter quelques formules basées sur ces recherches microscopiques.

Ainsi, pour la leucorrhée des femmes saines, sans passé génital pathologique, on aurait, au total, les caractères suivants :

1° Quelques cellules *normales* du vagin et du col (facilement colorables) ;

2° Quelques cellules du vagin et du col moins franchement colorées ;

3° Quelques *rares polynucléaires*, de forme et de coloration *normales* ;

4° Quelques lymphocytes bien colorés ;

5° Nombreux saprophytes de tout genre (surtout *bacilles* et bactéries) ;

6° *Pas* de formes microbiennes courtes (cocci).

Dans les infections aiguës :

1° Rares cellules normales du vagin et du col ;

2° *Nombreux* cellules cylindriques et pavimenteuses, *en voie de dégénérescence ;*

3° *Nombreux polynucléaires, altérés*, à protoplasma vacuolaire, et à noyau vésiculeux, se colorant mal ;

4° Formes microbiennes *courtes* (cocci, diplocoques) et souvent gonocoque ;

5° *Pas* de formes microbiennes *longues.*

Dans les affections chroniques :

1° Cellules vaginales et cervicales normales ;

2° Cellules du vagin et du col, en voie de dégénérescence (observées dans des proportions variables) ;

3° Rares polynucléaires normaux, bien colorés ;

4° Quelques polynucléaires moins franchement colorés ;

5° Mélange microbien (F. courtes et F. longues) ;

6° On observe rarement le gonocoque.

Ces formules ne sauraient prétendre à être aussi précises que celles qui s'appliquent aux épanchements des séreuses ; cependant, ainsi que nous le verrons plus loin, elles présentent un certain intérêt pratique, puisque, dans la plupart des cas, elles

complètent les données souvent insuffisantes de la clinique pure, et permettent ainsi de porter un diagnostic plus précis, et d'instituer une thérapeutique rationnelle.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Jadis, on considérait la leucorrhée contre un phénomène dû à un trouble général de l'organisme, et les anciens auteurs la rattachaient soit à une altération du sang, soit à l'une des diathèses arthritique ou herpétique, ou encore à la chlorose.

Plus tard, on l'a considérée comme une maladie spéciale, la maladie de l'utérus, groupant autour d'elle les autres phénomènes inflammatoires de l'appareil génital (Blatin).

De nos jours, tout en admettant encore, dans certains cas, une origine diathésique ou plutôt un trouble de l'état général, on sait quelle est l'importance des lésions locales des organes génitaux, et aussi le rôle que jouent, dans sa production, les infections microbiennes, et, en particulier la *blennorrhagie*.

Le plus souvent, en effet, la leucorrhée est symptomatique d'une maladie locale, aiguë ou chronique, généralement d'origine infectieuse.

Dans ces dernières années, de nombreuses recher-

ches ont été faites sur les infections génitales ; les premiers travaux dirigés dans cette voie ont eu pour point de départ l'étude de l'étiologie de la fièvre puerpérale ; on s'est préoccupé, en effet, de savoir si les femmes portent en elles des germes capables de provoquer les accidents des suites de couches, et l'on a étudié la bactériologie du canal génital à l'état sain, pendant la grossesse et la puerpéralité.

Winter, Samschin, Witte, y ont trouvé des microbes pathogènes (streptocoque), tandis que Bumm, Krönig (1), Menge (2), Stroganoff, n'ont observé que des saprophytes sans danger.

Loverich après de longues recherches poursuivies à la clinique Baudelocque sur le conseil de M. le professeur Pinard, est arrivé à des conclusions identiques.

Stini (3), Vahle (4) ont isolé et décrit plusieurs espèces qu'ils considèrent comme pathogènes (gonocoque, streptocoque, staphylocoque, colibacille).

En 1898, J. Hallé (5) a fait une étude approfondie de la flore, des voies génitales, tant à l'état sain, qu'à l'état pathologique. Il a isolé et cultivé un certain

1. Kronig. « *Examen des sécrétions vaginales* ». *Centr. f. Gynéc.*, n° 1, janvier 1894.

2. Menge. « *Sécr. vaginales en dehors de la grossesse* ». *Rev. sc. méd. de Hayem*, 1895.

3. Stini. « *Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale* ». *Thèse* Paris, 1897.

4. Vahle. « *Bactériologie du vagin des nouveau-nés* ». *Rev. sc. méd. de Hayem*, 1896.

5. J. Hallé. *Thèse* de Paris, 1898.

nombre de microbes, puis les a inoculés à des lapins ou à des cobayes, et est ainsi arrivé à préciser l'identité de quelques-uns : il a trouvé des microbes aérobies (gonocoque, bacille pseudo-diphtérique, etc.), et anaérobies (micrococcus fœtidus, B. nebulosus).

A l'état pathologique, on ne retrouve guère que le gonocoque et le streptocoque qui n'appartiennent pas à la flore habituelle.

Les microbes anaérobies, pathogènes pour l'animal, peuvent, seuls ou associés au gonocoque ou au streptocoque, déterminer certaines suppurations, ou leur imprimer des caractères spéciaux (fétidité, putréfaction, gangrène).

Bref, à l'heure actuelle, on connaît encore mal le rôle pathogène de ces divers microbes ; et il en est un seul qui soit nettement *spécifique*, c'est le *gonocoque de Neisser*, et l'on connaît bien maintenant le rôle immense qu'il joue dans la pathogénie des affections génitales.

Un grand nombre de ces maladies que l'on considérait autrefois, comme liées à un trouble de l'état général, à la chlorose, ou à des diathèses quelconques, apparaissent aujourd'hui comme de nature nettement *gonococcique*.

Telles sont un grand nombre de vulvites, vaginites, métrites et annexites, qu'elles surviennent dans le jeune âge, ou à une période quelconque de l'activité génitale.

La présence du gonocoque a, en effet, été reconnue d'une manière prépondérante dans les sécrétions

recueillies au cours de ces affections ; sans compter les nombreux cas où il peut être méconnu ; puisque dans les affections anciennes, il reste cantonné dans l'épithélium glandulaire des muqueuses, et n'est pas retrouvé dans l'écoulement.

Hallé a démontré sa présence dans vingt-cinq cas sur vingt-sept de vulvo-vaginite chez des enfants, maladie qui était jadis considérée, le plus souvent comme liée à un mauvais état général, à la dentition, ou à d'autres causes banales.

Le gonocoque, donc, infectant les différentes muqueuses génitales, envahissant leur épithélium, leurs glandes, etc., produit des lésions de métrite, de vaginite, de vulvite, dont le diagnostic est généralement facile.

Ces affections reconnaissent donc comme cause initiale l'apport du gonocoque, la *contagion*. Nous ne croyons pas devoir insister ici sur les différents modes de contagion; celle-ci est généralement d'origine vénérienne chez la femme et tantôt familiale (obs. XII), tantôt hospitalière ou scolaire chez les petites filles (Marfan) (1).

Signalons aussi comme cause de leucorrhée, *l'infection puerpérale*, devenue heureusement plus rare, de nos jours, et qui est due à l'invasion du *streptocoque*.

Enfin, bien que le gonocoque joue peut-être le

1. Marfan. « *Vulvo-vaginite des petites filles* ». *Revue prat. des Travaux de Médecine* (L V, p. 401), Paris, 1898.

plus grand rôle dans la genèse des écoulements génitaux, on observe assez fréquemment des infections qui ne sauraient lui être rattachées, et qui semblent dues aux saprophytes ou à des *microbes d'ordre banal*, et qui peuvent produire des inflammations locales très vives, s'accompagnant également d'écoulements abondants et purulents.

Ces infections sont, du reste, le plus souvent favorisées par des *traumatismes*, ou des irritations locales.

Telles sont les leucorrhées dues à la malpropreté chez les enfants mal tenues, ou à des habitudes vicieuses (obs. V), à des *corps étrangers* introduits dans la cavité génitale, accidentellement (débris de canules, sondes) ou dans un but thérapeutique (pessaires). Nous avons vu des pessaires que l'on ne changeait ou ne nettoyait pas assez souvent provoquer un écoulement séro-purulent dû à l'irritation de la paroi vaginale et du col utérin.

Une cause fréquente de leucorrhée consiste dans l'abus d'injections vaginales *trop chaudes*, ou de solutions *trop fortes* qui peuvent produire une désagrégation des muqueuses, et favoriser aussi leur infection.

B. Krönig (1) a montré que si après avoir infecté expérimentalement le vagin, on fait deux heures après une injection au lysol, les microbes ne sont ni entraînés, ni détruits, mais qu'en outre le pouvoir

1. B Krönig. *Le pouvoir bactéricide du contenu vaginal* (*Centr. f. Gyn.*), 1894.

bactéricide du vagin a diminué, ainsi que la résistance de sa muqueuse.

Plusieurs gynécologues, en particulier MM. J. L.-Championnière (1), Richelot et A. Siredey (2) se sont élevés contre cet emploi immodéré d'injections trop chaudes, ou trop irritantes (solutions antiseptiques trop fortes, vinaigres de toilette, etc·).

Certaines femmes présentent une disposition un peu spéciale de leur appareil génital ; elles ont un vagin court, le col de l'utérus arrive à quelques centimètres de la vulve et par suite est très exposé aux traumatismes ; ce sont ces jeunes femmes, qui, au début du mariage, présentent des phénomènes de métrite plus ou moins pénibles, accompagnés de pertes blanches abondantes et souvent purulentes (obs. III.). Il s'agit là d'une forme de métrite que les anciens auteurs appelaient *métrite balistique*, et sur laquelle M. Siredey (3) a, de nouveau, attiré l'attention. Pendant les rapports conjugaux, l'utérus subit des traumatismes répétés qui favorisent sa congestion et son infection par les suprophytes ordinaires du vagin, ou des microbes de la suppuration banale.

Les *déviations* de l'utérus, en particulier, la rétroflexion, le prolapsus (obs. VII), favorisent de même son infection.

1. J. L.-Championnière. *Presse médicale*, 1904.
2. Richelot. *Bulletin médical*, 1899.
3. A. Siredey. « *Métrite des jeunes mariées* ». *Journal des Praticiens*, décembre 1904.

Telles sont donc passées en revue les affections locales susceptibles de produire un écoulement leucorrhéique, et qui reconnaissent directement comme origine, une infection de nature et de gravité variables.

Mais cette théorie de l'infection s'applique-t-elle à toutes les leucorrhées ? Il est probable que non.

Il en est un certain nombre qui ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable de l'appareil génital et dans lesquelles on ne trouve aucun microbe spécifique.

Certains auteurs ont prétendu que, dans ces cas, il fallait chercher l'infection dans les cavités voisines (rectum) ou dans le sang (Sylvius de Le Boë).

A la rigueur on pourrait admettre cette hypothèse pour la leucorrhée survenant dans la convalescence de *maladies infectieuses* graves (pneumonie, fièvre typhoïde).

D'autres maladies infectieuses paraissent encore avoir un retentissement plus marqué : ce sont les *fièvres éruptives* (scarlatine, rougeole, etc...), mais ici, faut-il voir plutôt un phénomène d'irritation locale, peut-être un énanthème, comme on en observe sur la muqueuse buccale, favorisant l'infection.

Certaines formes de leucorrhée paraissent nettement coïncider avec des lésions *cutanées*, d'eczéma, d'echtyma, d'impétigo (vulvite pyodermique de Marfan) ; mais elles s'accompagnent souvent de lésions de grattage, et par suite d'infections inconscientes.

Mais il est des cas où il est difficile de voir une origine infectieuse, et qui ne représentent plutôt qu'une simple exagération de la sécrétion physiologique, une simple hypersécrétion due à un phénomène d'ordre congestif.

Ainsi seraient produites la leucorrhée de la puberté, celle des périodes pré-et post-menstruelles, celle observée après un surmenage physique ou intellectuel, celle observée pendant la grossesse.

Les *excitations génitales*, les habitudes d'intempérance chez des femmes passionnées, ou chez des professionnelles créent parfois un état de sécrétion permanente exagérée qui serait du même ordre.

Nous avons vu, en effet, que normalement, il se produisait à travers la muqueuse du corps utérin, une filtration peu abondante ; mais sous l'influence d'une congestion, d'une érection de cet organe, il peut se faire une transsudation plus intense, qui serait même favorisée par la disposition réticulée du chorion de cette muqueuse.

L'hypersécrétion des glandes du col, sous l'influence d'une poussée congestive, s'expliquerait encore plus facilement.

Certaines dispositions favorisant la congestion de la muqueuse utérine produiraient une leucorrhée par le même mécanisme. Telles sont les déviations utérines, le prolapsus, les polypes, les fibromes, etc.

Du reste, ces hypothèses sembleraient s'expliquer par la coïncidence de la leucorrhée, et de signes

d'hyperhémie et de turgescence des muqueuses.

Chez des femmes qui ont subi l'*hystérectomie totale*, on a observé une leucorrhée vaginale très abondante. MM. Pierre Delbet et J.-L. Championnière en ont observé plusieurs cas dont certains étaient dus à une infection blennorrhagique (nous en avons nous-même observé un cas, obs. IX). Cette leucorrhée peut se produire en dehors de l'infection, et être liée encore à des phénomènes congestifs ; mais ici, pour le vagin, on ne saurait plus invoquer une hypersécrétion, ni même une transsudation, mais seulement une exagération de la desquamation normale du vagin, sous l'influence de la congestion chez des femmes ayant subi, en quelque sorte, une *ménopause précoce*. Dans certains cas, du reste, cet écoulement subit une exagération périodique.

Enfin, il est des cas où l'on n'observe pas de phénomènes congestifs, mais au contraire, une pâleur plus ou moins accentuée des muqueuses et dans lesquels il se produit cependant un écoulement leucorrhéique parfois fort abondant qui coïncide avec un mauvais état général ; c'est, en effet, dans la chlorose, l'anémie, la tuberculose, ou diverses cachexies que l'on voit cette forme de leucorrhée.

Néanmoins, il est difficile de voir quel rapport de cause à effet existe entre ces affections, et le symptôme leucorrhée qui les accompagne.

Il s'agit peut-être là de phénomènes de transsudation, de troubles sécrétoires réflexes peu expliqués.

DIAGNOSTIC

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'est pas indifférent d'être fixé d'une manière précise sur la nature et l'origine d'une leucorrhée ; car ce sont ces deux points surtout qui permettent d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Nous avons étudié les caractères cliniques, bactériologiques et cytologiques des différentes espèces de pertes blanches ; et nous allons montrer ici les renseignements que peuvent donner ces particularités, relativement à la séméiologie d'une leucorrhée.

Nous passerons donc en revue les divers écoulements que l'on peut observer aux différents âges de la vie, car les conditions dans lesquelles se trouvent, par exemple, une enfant, une adolescente vierge, une femme qui a eu des rapports sexuels, une femme qui a eu des enfants, une femme après la ménopause, sont très différentes.

D'abord, la leucorrhée, en tant que symptôme, ne

prête guère à confusion ; elle ne pourrait guère être confondue qu'avec des pertes involontaires d'urine, chez des femmes qui ont de la rétention, et qui urinent par regorgement. L'odeur ammoniacale que ces pertes donnent aux linges serait caractéristique, et le palper du ventre montrerait une vessie distendue. Du reste, il ne s'agirait là que d'un diagnostic relatif, car au bout de peu de temps, ces femmes présentent des phénomènes d'irritation vulvaire et vaginale qui ouvrent bientôt la porte à une infection banale, qui produira, à son tour, une leucorrhée vraie.

Les diverses formes d'hydrorrhée, observées au cours d'une grossesse, ne seront pas non plus confondues avec une leucorrhée; il n'y a pas lieu d'insister sur ce diagnostic différentiel ; et c'est surtout du diagnostic causal que nous voulons parler ici.

En présence d'une leucorrhée, il faudra d'abord étudier les caractères de l'écoulement, et l'état des organes génitaux. Les commémoratifs, l'examen de l'état général sont aussi d'un précieux secours.

Leucorrhée de l'enfant. — S'agit-il d'une enfant qui présente un écoulement des parties génitales, on ne pourra que constater l'état de la vulve, et l'aspect de l'écoulement.

En pressant sur le périnée, ou, il s'agit d'une fillette plus âgée, en lui faisant faire un effort de défécation, on verra si l'écoulement vient du vagin, ou s'il est produit simplement par la vulve.

Dans certains cas, chez des enfants mal tenues, il

sera facile de voir que l'écoulement est dû à la malpropreté.

D'autres fois, on observera des lésions d'eczéma, d'echtyma, d'impétigo, sur diverses parties du corps et particulièrement aux parties génitales. Il s'agit donc de vulvite pyodermique (Marfan), et dans ce cas, l'écoulement est caséeux, grisâtre, plus ou moins franchement purulent ; et il s'accompagne de phénomènes d'irritation assez intense, des parties voisines.

On remarque quelquefois sur la muqueuse, la présence de petits aphtes, ou de petits corps étrangers (poussières, etc.), d'oxyures, qui produisent une irritation suffisante pour déterminer un écoulement.

Certaines fillettes de 10-12 ans ont contracté des habitudes vicieuses qui peuvent être l'origine d'une leucorrhée ne présentant aucun caractère particulier ; une surveillance attentive, une observation rigoureuse de l'enfant par son entourage, pourra seule guider le médecin ; car il est très rare que l'on observe des signes locaux assez nets.

Il est très fréquent d'observer au cours, ou pendant la convalescence de fièvres éruptives de l'enfance, des pertes blanches plus ou moins abondantes, l'examen général et les commémoratifs aideront au diagnostic.

Enfin, dans la plupart des leucorrhées infantiles, il s'agit d'une infection blennorrhagique.

Ces écoulements ont bien déjà des caractères plus spéciaux ; ils sont très abondants, purulents, tachant

fortement le linge en vert et s'accompagnent des vives démangeaisons, et de lésions irritatives de voisinage très intenses. L'hymen, les grandes lèvres sont rouges, tuméfiés. Mais ce seul examen suffira-t-il pour affirmer l'existence de blennorrhagie? Assurément non ; car d'abord,dans des cas plus anciens, ces signes extérieurs sont atténués et sont ceux de n'importe quelle infection banale ; et d'autre part certaines vulvites non blennorrhagiques peuvent revêtir l'aspect de gonococcies aiguës.

Le médecin obtiendra bien encore des renseignements qui lui feront soupçonner le caractère contagieux de cette affection ; mais il ne pourra conclure qu'après un examen bactériologique, qui montrera la présence du gonocoque (observations XI et XII).

Cet examen devra, du reste, être fait systématiquement dans tous les cas de leucorrhée infantile ; car bien des cas qui semblent liés simplement à des infections banales, à des irritations quelconques, à des fièvres éruptives, ou d'autres affections aiguës, à la dentition, sont, en réalité, dus à une infection gonococcique. Le microscope seul peut trancher la question.

Leucorrhée des jeunes vierges. — Chez la jeune fille adolescente, il est un facteur nouveau dont le clinicien devra tenir grand compte, c'est l'établissesement de la fonction menstruelle.

Chez des jeunes filles de 12 à 14 ans, saines, sans passé pathologique appréciable, on observe souvent un écoulement, en général fluide, peu abondant,

durant trois, quatre, cinq jours, et ne s'accompagnant d'auun trouble local, ni général.

Cet écoulement peut se reproduire à intervalles réguliers, pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, avant l'instauration de la première menstruation véritable.

Ce phénomène est considéré par la plupart des auteurs comme lié à un état congestif, fluxionnaire, accompagnant l'évolution de la matrice, et représentant un signe avant-coureur de la puberté.

Il est, du reste, assez rare que le médecin soit consulté à ce propos, car ces jeunes filles s'en plaignent rarement.

De même, certaines jeunes filles saines ont pendant les deux ou trois jours qui précèdent ou suivent chaque période menstruelle des pertes blanches plus ou moins abondantes; quelquefois au contraire un léger suintement incolore (obs. I). Ces pertes, s'accompagnant rarement de troubles locaux ou généraux, doivent être considérée scomme physiologiques; mais si, par hasard, le médecin était consulté à leur sujet, il est bon qu'il connaisse ces faits.

Ce phénomène, normal s'il dure deux ou trois jours, peut se prolonger plus longtemps et même s'étendre à toute la période intermenstruelle, et devenir ainsi, pour ces jeunes filles un symptôme plus inquiétant. Le clinicien doit bien connaître les circonstances dans lesquelles ces leucorrhées peuvent se produire.

Ainsi, une jeune fille peut avoir des pertes blan-

ches à l'occasion de fatigues, de surmenage physique ou intellectuel, par exemple, à la suite d'exercices violents ou prolongés (danse, bicyclette, travail à la machine à coudre, etc.), ou après un effort cérébral intense (préparation aux examens, aux concours).

Généralement, dans ces cas, l'état général est satisfaisant.

Au contraire une jeune fille vient consulter un médecin pour des pertes blanches continuelles ; en même temps elle se plaint d'être sans forces, d'avoir maigri, de n'avoir plus d'appétit. On remarquera aussi que le teint est jaune pâle, les muqueuses décolorées. A ces signes, se joindront souvent des troubles nerveux, cardiaques, des palpitations, etc., il sera facile de remarquer que l'on a à faire à une jeune chlorotique.

Cependant, il ne faudra pas craindre de faire un examen plus complet ; et l'auscultation des poumons pourra révéler une lésion tuberculeuse plus ou moins avancée.

D'autres fois, il s'agira d'une leucorrhée cervicale, due à une infection banale, ou à la persistance d'une blennorrhagie de la période infantile ; dans ces cas l'écoulement sera plus glaireux que celui observé chez les chlorotiques ou les tuberculeuses ; ce dernier est plutôt séreux.

Enfin, la jeune fille vierge n'est pas à l'abri d'une infection gonococcique aiguë, et la contagion peut se faire de différentes façons (c. familiale, scolaire). L'écoulement ainsi produit, sera alors plus franche-

ment purulent, plus abondant, jaunâtre, s'accompagnant souvent de douleurs à la miction, et de phénomènes inflammatoires des parties voisines. Mais, ici encore, ces signes ne peuvent suffire pour porter un diagnostic ferme ; l'examen microscopique sera donc nécessaire dans tous ces cas ; et suivant que l'on sera en présence d'un écoulement virginal banal (obs. IV), ou d'infections gonococciques ou autres, (obs. V, XI, et XII), aiguës ou chroniques, on retrouvera, ainsi que nous l'avons dit page 46, des caractères spéciaux qui permettront un diagnostic certain.

Il serait utile, aussi, de savoir si la vulve ou le vagin seuls sont, ou ont été infectés, ou bien s'il y a des lésions de métrite ou d'annexite ; le toucher rectal pourra, à la rigueur, révéler des lésions annexielles anciennes ou récentes ; mais le microscope sera plus précis, en montrant des éléments cellulaires venant de la muqueuse de l'utérus.

Leucorrhée des femmes mariées. — Lorsqu'il s'agit d'une femme défloréc, le praticien a à sa disposition des moyens d'exploration qui lui faisaient défaut chez la vierge.

Le toucher vaginal, et l'examen au spéculum lui seront alors possibles, et lui rendront d'utiles services.

Chez les jeunes femmes, on pourra encore observer, comme chez les vierges, des leucorrhées pré-ou post-menstruelles, ou intermenstruelles, liées à des fatigues, à la chlorose, la tuberculose. Ces écoulements pourront même être plus intenses, car ils peu-

vent être exagérés par les excitations génitales, les excès de coït.

Les signes qui les accompagnent sont, d'ailleurs, les mêmes que ceux observés chez la jeune fille ; et il faudra insister sur l'examen des divers appareils pulmonaire, circulatoire, digestif, etc.

Il faudra s'assurer, aussi chez ces jeunes femmes s'il ne s'agit pas d'une grossesse, car souvent, au début, ou à une période plus ou moins avancée de la gestation, on observe une leucorrhée d'abondance variable (obs. II), et que l'on considère généralement comme physiologique : nous en avons montré aux chapitres précédents, les caractères bactériologiques et cytologiques.

S'il s'agit d'un écoulement d'aspect blanchâtre, lactescent plus ou moins abondant, ayant, en un mot, tous les caractères d'une leucorrhée vaginale, le toucher donnera peu de renseignements ; parfois il révélera une certaine sensibilité du vagin ; au spéculum, on verra que cette paroi vaginale est plus rouge que normalement ; le col de l'utérus paraît normal, et on ne remarque pas de suintement à travers son orifice. Un pareil écoulement est souvent chez les nouvelles mariées le résultat d'une irritation du vagin par les premiers rapports sexuels.

En présence de ces mêmes types de leucorrhée, on demandera à la malade, si elle n'a pas fait usage, pour un motif quelconque, d'injections trop chaudes, ou de solutions antiseptiques trop fortes, ou acides, qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, peuvent pro-

duire une irritation très intense des muqueuses.

Chez la femme mariée, une des causes les plus fréquentes de leucorrhée est la blennorrhagie. Les pertes qui se produisent dans ce cas sont abondantes, muqueuses ou muco-purulentes, jaunâtres, très épaisses, adhérentes ; empesant et tachant le linge en vert.

Lorsqu'il s'agit de métrite, de cervicite, ainsi que dans l'observation XIII, le spéculum montre un col gros, rouge, tuméfié, sa muqueuse est souvent en ectropion, et présente quelques ulcérations ; de son orifice on voit sourdre une glaire épaisse et jaunâtre, difficile à détacher.

Mais il est des cas, comme celui de notre observation III, où l'on observe chez des jeunes mariées, un écoulement tout à fait semblable, souvent franchement purulent, accompagné de sensation de pesanteur, de tiraillement dans le bas-ventre ; mais au toucher, on est frappé de la faible profondeur du vagin. Le col est gros, tuméfié, quelquefois ulcéré.

Malgré ce degré de ressemblance, cette leucorrhée n'est pas blennorrhagique. Il s'agit, au contraire, de cette forme de métrite, dont nous avons déjà parlé, et qui est due à une infection banale, souvent légère, favorisée par les traumatismes fréquents et répétés des rapports sexuels, chez une femme dont le vagin est court.

Ici, encore, l'examen ordinaire ne peut suffire à faire le diagnostic, qui ne pourra être tranché que par l'étude microscopique des sécrétions (obs. III).

Ce diagnostic est, du reste très important, puisque la première affection est grave et nécessite une thérapeutique plus militante que la seconde qui cède facilement au repos local, et à des injections aseptiques et émollientes.

Du reste, chaque fois qu'il s'agira de métrites, le diagnostic sera facile par le toucher et l'examen au spéculum, mais nous avons vu aux chapitres précédents que les sécrétions que produisent ces affections présentent des caractères bactériologiques et cytologiques spéciaux suivant qu'il s'agit d'une affection aiguë ou chronique, blennorrhagique ou non ; il ne faudra donc pas négliger ces examens qui renseigneront sur la cause, la nature de ces métrites.

Leucorrhée des femmes qui ont eu des enfants. — La maternité est un facteur de plus à considérer relativement à l'étiologie des affections génitales, car elle a souvent pour conséquences, des déviations ou des infections utérines qui peuvent précisément jouer un grand rôle dans la production d'écoulements leucorrhéiques.

Si chez des femmes âgées multipares, par exemple, l'on observe une leucorrhée abondante, lactescente ou grisâtre, il faudra s'enquérir si ces malades n'ont pas fait usage d'injections chaudes ou irritantes ; il faudra s'assurer aussi de la présence possible d'un corps étranger dans le vagin, un pessaire, par exemple, qui par l'iritation qu'il produit sur la paroi vaginale ou le col utérin peut provoquer et entretenir un écoulement, qui, d'abord séreux peut

devenir purulent si cet appareil n'est pas retiré assez souvent pour le nettoyer.

Lorsqu'il s'agira d'écoulements, le plus souvent glaireux, et limpides, liés à des déviations ou à un prolapsus de l'utérus, le diagnostic de ces causes sera aisément fait par le toucher vaginal.

La métrite puerpérale ancienne s'accompagne souvent de leucorrhée ; on ne pourra guère en faire le diagnostic que par les commémoratifs relatifs aux accouchements ou avortements antérieurs, et à leurs suites de couches.

Il faudra encore recourir à l'examen microscopique, qui sera, dans ce cas, moins concluant, car il montrera seulement les caractères cytologiques d'une métrite ancienne (obs. VIII), et le fait qu'on n'y trouvera pas le gonocoque ne suffira pas pour éliminer l'hypothèse de blennorrhagie, puisque dans les cas anciens, il est fréquent de ne pas le rencontrer.

Leucorrhée des vieilles femmes. — Chez la vieille femme, après la ménopause, tout l'appareil génital entre en régression, les glandes de la muqueuse utérine disparaissent, la fonction sexuelle est abolie ; ces femmes n'en sont pas moins exposées aux infections diverses, et il n'est pas rare d'observer, chez elles, des pertes blanches.

Souvent il s'agira d'écoulements dus à de vieilles métrites dont le début remonte à dix, quinze ans, et même plus.

Mais il est une forme qui est assez spéciale à la

vieillesse, c'est une leucorrhée purulente, fétide, dont l'odeur rappelle celle du cancer, et qui, en réalité, serait due à une affection qu'un certain nombre d'auteurs ont décrite sous le nom de métrite sénile.

Cette métrite serait, d'ailleurs, assez difficile à différencier du néoplasme, car elle s'accompagne souvent comme ce dernier, de pertes sanguines ; mais l'état général est bon, l'utérus est diminué de volume, et très mobile dans la cavité pelvienne.

Du reste, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans les cas d'épithélioma du col (obs. XV.), l'examen microscopique décèle souvent des éléments cellulaires spéciaux, avec des figures de kariokynèse typique ou atypique.

Enfin, il faut savoir, que même à un âge avancé, on peut observer une leucorrhée due à une infection blennorrhagique aiguë. Dans l'observation X, nous relatons le cas d'une femme de 64 ans, atteinte d'un écoulement abondant, franchement purulent, formant dans le vagin un déliquium très épais, dans lequel nous avons trouvé du gonocoque en abondance.

En résumé, nous voyons que si, dans un certain nombre de circonstances, l'examen des sécrétions et celui de l'appareil génital peuvent suffire à préciser la nature et la cause d'une leucorrhée, il faut, dans la majorité des cas, en faire une étude plus complète, et recourir aux données de la bactériologie et de la cytologie.

Il nous semble que l'étude microscopique d'une leucorrhée a autant d'importance diagnostique, sinon

plus, que l'examen bactériologique d'une angine à fausses membranes.

Il est classique, en effet, de dire que l'examen d'une gorge ne permet pas toujours de conclure sur la nature d'une angine, et qu'il faut avoir recours à la culture des exsudats ; mais ces cas sont peu nombreux, et le clinicien consommé peut souvent porter un diagnostic ferme.

Assurément, un exsudat lacunaire peut être d'origine diphtérique, et dans ce cas, l'erreur est possible ; mais souvent, l'évolution, l'extension rapide de cet exsudat éclaire sur sa nature ; et le diagnostic est posé par la clinique avant que l'examen bactériologique ait répondu.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne les écoulements leucorrhéiques.

Une leucorrhée cervico-utérine, par exemple, peu abondante, limpide, sera d'origine douteuse. Est-elle due, en effet, à une blennorrhagie ancienne, torpide, ou à une infection banale, ou encore liée à une maladie générale ?

La clinique pure ne peut nous le dire.

Souvent l'examen bactériologique sera négatif.

Dans ce cas, l'étude cytologique, comme le montre notre chapitre antérieur, nous permettra un diagnostic plus précis.

TRAITEMENT

Il ne nous est pas possible d'entrer ici dans les détails du traitement des diverses formes de leucorrhée.

En effet, en présence d'un écoulement quelconque, il faudra traiter la maladie qui lui donne naissance, et le traitement des métrites, annexites, déviations utérines, prolapsus, etc., etc., qui s'accompagnent si fréquemment de leucorrhée, ne saurait trouver place ici.

Nous réservons donc ce court chapitre à quelques remarques intéressantes que nous avons faites au cours du traitement d'un assez grand nombre de malades, ou qui nous ont été communiquées par notre maître, M. le Dr Siredey.

Lorsque les sécrétions sont franchement purulentes, et que l'examen microscopique montre de nombreux polynucléaires et révèle la présence du gonocoque, il faudra recourir aux injections antiseptiques. On emploiera, par exemple, le permanganate de potasse à 1 p. 4.000.

Mais, s'il s'agit d'infections banales, donnant naissance à une leucorrhée ne contenant aucune trace de gonocoque, l'inflammation se trouvera plus généralement accrue par l'emploi des injections de sublimé ou de permanganate, alors qu'elles cèderont en quelques jours à des injections aseptiques, émollientes, alcalinisées.

La formule suivante, réussit presque toujours dans ces cas :

Décoction de racines de guimauve et de têtes de pavots, préparée récemment, à laquelle on ajoute 20 ou 25 grammes de bicarbonate de soude et 7 grammes de chlorure de sodium.

L'injection d'eau bouillie, additionnée d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque, ou de 8 à 10 grammes de borate de soude par litre, est également à conseiller lorsqu'il s'agit d'infection banale, légère.

A la suite de ces traitements, on voit progressivement les sécrétions devenir moins abondantes et plus limpides ; et leur examen microscopique montre la réapparition des formes microbiennes longues, et des cellules épithéliales d'aspect normal, indices d'une amélioration certaine.

Il est remarquable que l'emploi d'injections trop chaudes, d'injections acides, ou de solutions antiseptiques trop fortes produit une irritation de la muqueuse vaginale et cervicale qui suffit à en entretenir l'hypersécrétion.

Des faits de ce genre s'observent couramment

chez des femmes qui ont des pertes blanches légères, et qui croient les faire disparaître en prenant des injections très chaudes dans lesquelles elles ajoutent même parfois un vinaigre de toilette quelconque.

De même au cours d'une blennorrhagie torpide, des injections au sublimé, ou au permanganate de potasse, trop concentrées, aboutissent au même résultat.

Si l'on s'en rapporte à l'autorité compétente de M. le professeur Pinard, ces pratiques sont, en effet, à déconseiller, car elles retardent la guérison et même peuvent exposer les malades à des complications plus ou moins graves.

Les injections de propreté devront être seulement tièdes.

Il n'y a que dans les cas d'hémorragies que les injections chaudes seront nettement indiquées ; et encore ne devront-elles guère dépasser 48 à 50°.

Du reste, dans tous ces cas, il faut encore tenir compte de la susceptibilité individuelle.

L'emploi de topiques (crayons iodoformés), de pansements intra-utérins dans des cas de métrites, produisent de même une irritation locale qui peut amener la recrudescence d'une leucorrhée à peu près tarie.

La leucorrhée des jeunes filles chlorotiques, tuberculeuses exigera surtout un traitement général. On prescrira le fer, l'arsenic ; le repos, la vie au grand air, une bonne hygiène compléteront avec avantage cette thérapeutique.

MM. Dalché et Robin (1) proposent chez les chlorotiques, un traitement hydro-minéral.

Dans la plupart de ces cas, le traitement local semble tout à fait inutile. Cependant, on pourra prescrire des injections d'eau bouillie, auxquelles on ajoutera des produits astringents (extrait de saturne, tannin, alun, etc.).

Du reste, chez les vierges, il vaudra mieux s'en abstenir, car ces injections sont peu commodes, et risquent de traumatiser les organes génitaux.

1. Dlaché et Robin. *Traitement des maladies des femmes*, 2e édit., 1902.

DOCUMENTS

Nous avons observé, durant l'année 1906-1907, à la Consultation de Gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine, environ cent cinquante femmes atteintes de leucorrhée ; et nous avons examiné, tant au point de vue bactériologique que cytologique, un nombre bien plus considérable de préparations, puisqu'à chaque consultation, nous prélévions chez chaque femme, lorsqu'il y avait lieu, des sécrétions vaginales et utérines, et nous faisions de chacune deux examens.

Il serait donc fastidieux de présenter ici toutes ces observations qui sont, pour chaque type, à peu près similaires.

Aussi avons-nous fait un choix d'observations-types que nous avons réunies ci-après.

OBSERVATIONS

Observation I. — *Sécrétion normale, fluide, peu abondante, survenant avant chaque période menstruelle chez une jeune femme n'ayant aucun passé pathologique.*

Berthe M., 26 ans, entrée pour une angine dont elle est complètement guérie aujourd'hui.

Mariée depuis six ans, a eu deux enfants vivants.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement, mais accuse deux ou trois jours avant ses règles un suintement plus ou moins abondant. Aucune maladie grave. Cette malade jouit ordinairement d'une bonne santé.

Les accouchements ont été normaux, depuis le dernier qui remonte à deux ans, elle n'a jamais eu aucun trouble du côté de l'appareil génital.

Cette femme devant avoir ses règles le 9 février, a remarqué dès le 6, le suintement qui se produit habituellement avant chaque période.

Nous avons prélevé le 7, une goutte de cette sécrétion dans le vagin et dans le museau de tanche.

Examen microscopique. — Dans la préparation du col, traitée par le bleu, nous trouvons :

1° Cellules cylindriques, non déformées, qui souvent se tiennent par lambeaux de deux, trois et quatre.

Ces cellules ne présentent pas la dégénérescence muqueuse ; leur noyau est allongé et se détache bien du reste de la cellule qui est colorée en bleu moins foncé ;

2° Quelques cellules plates pavimenteuses dont les bords sont très nettement dessinés, à protoplasma transparent, coloré en violet, et à noyau se détachant fortement en bleu foncé ;

3° Quelques globules blancs, très rares, mais paraissant normaux, non altérés.

Au triacide, ces polynucléaires sont très nets. Le noyau est normalement coloré en bleu, le protoplasma est neutrophile. Aucun n'est altéré.

Vagin. — 1° Rien que des cellules plates normales, dont le noyau et le protoplasma sont colorés en rouge-orange par le triacide.

Le noyau est plus foncé.

2° Un grand nombre de microbes longs et grêles (bacilles etc.).

Observation II. — *Femme enceinte (neuvième mois). Leucorrhée lactescente très abondante.*

Louise B., 25 ans. Entrée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, le 5 février, pour un léger rétrécissement du détroit inférieur ; elle est au neuvième mois de sa grossesse.

Aucun antécédent pathologique appréciable ; un accouchement antérieur, normal.

Cette femme présente une leucorrhée blanchâtre, épaisse assez abondante.

Le 10 février. — Nous prélevons une petite parcelle de cet écoulement dans le vagin ; puis à l'aide du spéculum, nous prélevons, de même, avec précaution, une goutte de liquide sur le museau de tanche.

Examen microscopique. — A. — Sécrétion cervicale:

1° Quelques cellules pavimenteuses du col, assez bien colorées ;

2° Cellules, à noyau allongé, de forme cylindrique ;

3° Nombreux noyaux en dégénérescence, le peu de protoplasma qui reste autour et en plasmolyse ;

4° Noyaux isolés bien colorés, sans aspect vacuolaire ;

5° Des lymphocytes bien colorés ;

6° Quelques noyaux isolés, pigmentés, et d'aspect vacuolaire ;

7° Quelques rares polynucléaires, normaux, franchement colorés ;

8° Nombreux bacilles allongés, très grêles.

B. — Liquide du vagin :

1° Quelques cellules cylindriques du col, avec protoplasma en plasmolyse, dont le noyau allongé se colore par le triacide d'Ehrlich, en bleu très pâle, et recouvert partiellement de granulations violettes ;

2° Nombreuses cellules pavimenteuses du vagin, normales;

3° Nombreuses cellules plates désagrégées ;

4° Cellules pavimenteuses dont le noyau est violet foncé et le protoplasma a pris l'éosine-orange ;

5° Nombreux bacilles très grêles.

Observation III. — *Leucorrhée très abondante et franchement purulente, non gonococcique.*

Jeanne G..., 23 ans, mariée depuis un an, sans aucun passé génital.

Le 10 décembre, elle a remarqué de légères démangeaisons à la vulve, ainsi que des picotements dans le bas-ventre et le 12, en même temps qu'une sensation de cuisson pénible dans le vagin, elle remarque un écoulement qui devient vite très abondant, et franchement purulent, épais, jaunâtre, tachant fortement le linge.

Pas de douleur à la miction.

Au toucher, on est frappé de la faible profondeur du vagin. Le col est à quelques centimètres de la vulve.

Au spéculum on remarque un col gros, tuméfié ; à travers son orifice, il sort un mucus peu abondant, et peu épais.

Le 14 décembre, nous faisons l'examen microscopique et nous trouvons dans l'écoulement total :

1° De nombreux polynucléaires ;

2° Quelques cellules cylindriques du col, peu déformées, et se colorant bien ;

3° De nombreuses cellules plates désagrégées avec noyau fragmenté ;

4° Quelques cellules plates à peu près normales ;

5° Pas de gonocoque ;

6° Nombreux cocci, petits, mal caractérisés.

On prescrit à cette malade du repos et des injections émollientes avec racines de guimauve et tête de pavot.

Le 30, c'est-à-dire quinze jours après, l'écoulement est devenu insignifiant, quoique encore légèrement purulent.

A l'examen microscopique, on remarque que :

1° Les polynucléaires sont beaucoup moins nombreux ;

2° Les autres caractères bactériologiques et cytologiques sont à peu près les mêmes.

Le 5 janvier. — La malade n'a plus qu'un léger suintement à peu près limpide. Les résultats de l'examen microscopique sont les suivants :

1° Quelques rares polynucléaires ;

2° Nombreuses cellules pavimenteuses normales ;

3° Cocci en très petit nombre ;

4° Bacilles, bactéries en grand nombre.

Le 10 janvier. — La malade est complètement guérie.

Observation IV. — (Due à l'obligeance de M. Siredey).

Infection virginale banale.

B. Cor... jeune fille de 13 ans, se plaint de démangeaisons à la vulve et présente un écoulement abondant depuis cinq ou six jours.

A l'examen, on constate un hymen intact, au travers duquel, on voit sortir un liquide blanc jaunâtre qui tache le linge en jaune verdâtre.

L'examen microscopique de cette leucorrhée montre :

1° De nombreuses cellules vaginales, normales ;

2° Pas de polynucléaires ;

3° Une grande quantité de formes bacillaires longues et grêles.

Comme traitement, on conseille des lavages fréquents de

la vulve, et des injections faites à l'aide d'une petite sonde avec une décoction de racines de guimauve et de têtes de pavot.

La guérison est ainsi obtenue en quelques jours.

Observation V. — *Leucorrhée due à une infection déterminée par une irritation vulvaire (habitudes vicieuses).*

Anna V..., 10 ans 1/2, est amenée par sa mère pour des pertes blanches qui tachent légèrement le linge.

La mère soupçonne chez sa fillette des habitudes de masturbation qu'elle aurait contractées l'été dernier à l'occasion de démangeaisons anales et vulvaires causées par des oxyures.

Le clitoris nous paraît un peu rouge, irrité ; nous constatons une simple vulvite, s'accompagnant d'un suintement séreux, et même séro-sanguinolent. Le vagin ne semble pas touché.

L'examen bactériologique montre de nombreux bacilles, quelques cocci, mais pas de gonocoque.

Nous engageons la mère à surveiller son enfant, et à lui faire des lavages au moyen de solutions aseptiques et émollientes.

Observation VI. — *Métrite ancienne. Reliquat d'annexite.*

Femme Th... née Br..., 31 ans. Vient consulter le 29 janvier pour des pertes blanches, et quelques vagues douleurs dans le ventre et la région lombaire.

Ces pertes sont survenues, il y a onze ans, au début de son mariage. Au début, elles ont été très abondantes, épaisses, tachant le linge en jaune verdâtre ; et se seraient accompagnées, d'après ce que raconte la malade, de phénomènes d'uréthrite.

Aucun antécédent pathologique avant son mariage. Elle s'est soignée chez elle (repos et injections).

Elle n'a jamais eu d'enfants, ni fausse couche.

Au toucher, on constate des brides dans le cul-de-sac gauche, indiquant un reliquat d'annexite.

Au spéculum, le col semble normal, et laisse suinter à travers son orifice une goutte de mucus absolument limpide.

Cette malade ne vient consulter pour ces pertes que parce qu'elle est continuellement mouillée.

A l'examen microscopique, cette leucorrhée qui dure depuis onze ans, ne révèle rien d'anormal ; on ne remarque que :

1° Quelques cellules du col normales;

2° Nombreuses cellules du vagin normales;

3° Grande quantité de bactéries saprophytes dans le vagin.

Observation VII. — *Prolapsus utérin avec légère infection cervicale ; leucorrhée.*

Bl. Zerg...,64 ans. Vient consulter le 2 mars pour des pertes blanches apparues il y a six semaines environ.

Cette malade a depuis onze ans un prolapsus utérin dont elle n'est que médiocrement incommodée, mais depuis six semaines, elle a des pertes blanches, assez abondantes, flui-

des, marquant à peine sur le linge. Ces pertes sont parfois sanguinolentes, et sont accompagnées de douleurs lombaires assez intenses.

Au toucher, on trouve un col gros, presque à la vulve ; et à l'examen on remarque qu'il est tuméfié, entr'ouvert, mais ne porte aucune érosion de sa muqueuse.

Étude microscopique de l'écoulement. — 1° Cellules plates vaginales, plus ou moins désagrégées, colorées en éosine-orange par le triacide ;

2° Cellules cylindriques, globuleuses, à noyau bleu ciel et à protoplasma granuleux rouge ;

3° Noyaux isolés plus ou moins fragmentés ;

4° Pas de polynucléaires ;

5° Hématies et leucocytes ;

6° Nombreux diplocoques plus petits que le gonocoque ;

7° Cocci nombreux et variés.

Observation VIII. — *Métrite puerpérale ancienne avec leucorrhée.*

J. Boud..., 28 ans. Vient consulter fin décembre pour des pertes blanches, continuelles.

Cette malade raconte qu'elle a eu un accouchement normal, il y a six ans, et que depuis, elle a toujours souffert dans le bas-ventre, surtout à gauche.

Depuis cette époque, également, elle a des pertes blanches continuelles, mais peu abondantes, tachant peu son linge.

Hospitalisée l'an dernier à l'hôpital Tenon, pendant cinq semaines, pendant lesquelles on lui a fait plusieurs applications de caustique Filhos.

A l'examen, on constate un gros col, très tuméfié, portant en plusieurs endroits de sa surface de petites érosions et laissant sourdre par son orifice un mucus limpide.

Le toucher révèle un corps utérin augmenté de volume.

Rien du côté des annexes.

Réglée à 14 ans, n'avait jamais présenté d'accident avant son accouchement, il y a six ans.

Le premier examen microscopique est fait le 5 janvier, et présente :

a) Dans la sécrétion lactescente recueillie dans le vagin :

1° De nombreuses cellules pavimenteuses non altérées, mais dont le protoplasma se colore en orange, et le noyau en orange plus foncé ;

2° Pas de polynucléaires;

3° Nombreux cocci et quelques bactéries.

b) Dans la sécrétion cervicale :

1° Des polynucléaires assez nombreux, bien colorés;

2° Cellules épithéliales normales;

3° Nombreux cocci;

4° Pas de gonocoque.

On conseille à cette malade de grandes injections d'eau bouillie additionnées d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque pour 1 litre.

Le 9 février. — Cette malade revient notablement améliorée, elle n'a presque plus de leucorrhée, et dans le suintement léger que l'on observe encore, l'examen microscopique montre :

1°Quelques cellules du col, normales ;

2° Quelques cellules pavimenteuses, colorées en lilas ;

3° De rares polynucléaires normaux;

4° Plus de cocci ;

5° De nombreux bacilles ;

Observation IX. — *Leucorrhée chez une femme hystérectomisée (d'origine blennorrhagique).*

Blanche L..., 27 ans, vient consulter fin décembre pour des pertes blanches qui la mouillent continuellement.

Cette malade nous apprend qu'il y a deux ans elle a subi à l'hôpital Tenon une hystérectomie totale, pour métrite et annexite double.

Depuis cette opération, elle avait bien de temps en temps des pertes blanches qui lui duraient trois à cinq jours, mais depuis trois semaines ces pertes seraient devenues continuelles et beaucoup plus abondantes.

A l'examen, on remarque un écoulement fluide, blanchâtre et le toucher permet de constater l'absence de l'utérus et des annexes.

Examen microscopique :

1° Quelques cellules pavimenteuses normales ;

2° Nombreuses cellules pavimenteuses en voie de désagrégation ;

3° Quelques leucocytes polynucléaires ;

4° Quelques gonocoques à l'intérieur des cellules épithéliales.

Observation X. — *Blennorrhagie vaginale aiguë avec leucorrhée.*

Louise R..., 64 ans. Vient consulter le 5 février pour des pertes blanches très abondantes.

Depuis quinze ans cette malade n'est plus réglée.

N'a jamais eu de pertes blanches.

Mais il y a environ quinze jours, elle éprouve à chaque fois qu'elle urine une sensation de brûlure au méat ; depuis cette époque elle a des pertes blanches très abondantes, franchement purulentes, tachant son linge en vert.

La vulve est rouge, irritée, et à l'intérieur du vagin, on trouve un pus très épais, caséeux, jaunâtre, ressemblant à une vraie purée.

Après l'avoir nettoyé, et placé le spéculum, on remarque que le col utérin est petit, et ne paraît pas enflammé.

Examen microscopique :

1° Un grand nombre de cellules pavimenteuses mal colorées semblant pour la plupart désagrégées ;

2° Un grand nombre de noyaux isolés ;

3° De nombreux polynucléaires ;

4° Gonocoque en abondance, extra-cellulaire surtout ;

5° Une grande quantité de petits cocci.

On conseille matin et soir une injection de permanganate de potasse à 1/4000.

Nous revoyons cette malade au bout de quinze jours. Son état est en voie d'amélioration notable ; les pertes sont moins abondantes, lactescentes, fluides.

On n'y trouve plus que quelques gonocoques groupés par cinq ou six à l'intérieur des cellules, et quelques petits cocci, puis de rares bacilles. Les polynucléaires y sont moins nombreux ainsi que les éléments épithéliaux qui se colorent plus franchement.

Observation XI. — *Leucorrhée blennorrhagique chez une enfant de 10 mois* (Thèse de J. Hallé. Obs. IX, résumée).

Louise P..., 10 mois. Enfant rachitique, mal tenue. Mère dans la plus grande misère; la mère et l'enfant entrent à la crèche de la Charité.

Il existe un très léger écoulement vaginal chez l'enfant. Cet écoulement date de trois mois, serait survenu à la suite d'une rougeole et jamais il n'aurait été plus abondant qu'aujourd'hui.

La mère avait un écoulement vaginal il y a quatre mois. Cette vaginite de la mère a disparu actuellement.

Examen microscopique : On observe :

1° Un diplocoque ressemblant au gonocoque ;

2° Une bactérie;

3° Un gros coccus qui se colore par le Gram.

Cultures. — Gonocoque très abondant.

Observation XII. — *Leucorrhée due à une vulvo-vaginite blennorrhagique.*

Lucie B..., 8 ans, amenée à la consultation, le 7 mai, par sa belle-mère, avec laquelle elle habite.

Cette enfant présente un écoulement vulvaire depuis environ six semaines, pendant lesquelles aucun soin ne lui fut prodigué.

A l'examen on constate une vulve très rouge, l'hymen est très irrité ; la face interne des cuisses est légèrement

érythémateuse. A travers la vulve, on remarque un écoulement abondant, mais peu coloré.

La chemise, propre le matin même, est souillée de nombreuses taches jaune verdâtre non empesées.

La belle-mère de cette enfant vient depuis quelques semaines à la consultation où elle est soignée pour une métrite blennorraghique datant d'un an environ : la contagion nous semble donc facile à expliquer quoique nous n'ayons pu préciser le contact infectant.

Examen microscopique :

1° Nombreux diplocoques petits, ne prenant pas le Gram ;

2° Gonocoque vrai, prenant le Gram, peu abondant et le plus souvent extra-cellulaire ;

3° Quelques cellules plates, en voie de désagrégation ;

4° Polynucléaires en petit nombre.

On prescrit des injections de permanganate de potasse à 1 p. 5000.

Observation XIII. — *Leucorrhée due à une métrite gonococcique chronique. Annexite gauche.*

Louise Mess..., 22 ans. Venue à la consultation le 5 février 1907 pour des douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, et des pertes blanches abondantes, glaireuses, tachant le linge en jaune foncé.

Il y a dix mois, cette malade a ressenti une sensation de brûlure à l'urèthre, et une douleur vive en urinant.

Elle a eu en même temps des démangeaisons à la vulve, puis un mois environ après le début, la malade a accusé dans les deux côtés du ventre une sensation de pesanteur,

puis des picotements ; ces symptômes étaient exagérés par la marche, la fatigue, la station debout.

Réglée à 15 ans, d'une façon régulière. Dans l'intervalle des règles, elle avait de temps en temps de légères pertes limpides, peu abondantes, dont elle ne s'était, du reste, pas préoccupée.

État actuel. — On constate à la vulve, un écoulement glaireux, épais, jaune verdâtre, qui empèse le linge et le tache en vert.

Au toucher, on sent le col gros, tuméfié, et dans le cul-de-sac gauche, on sent quelques brides, vestiges d'une annexite déjà ancienne et un peu d'empâtement péri-utérin.

Au spéculum, col gros, rouge ; à travers lequel sort une grosse glaire, épaisse, difficile à détacher ; ectropion de la muqueuse cervicale, et légère ulcération à droite.

Examen microscopique. — 1° Nombreuses cellules cylindriques, à noyau vacuolaire, allongé, commençant à se fragmenter ; et à protoplasma également en plasmolyse.

2° Quelques cellules plates, pavimenteuses, à peu près normales ;

3° Polynucléaires peu nombreux, altérés, se colorant mal et présentant la dégénérescence vacuolaire ;

4° Gonocoques intra-cellulaires.

5° Pas de formes bacillaires.

Au triacide : 1° les cellules en voie de dégénérescence sont colorées en orange et leur protoplasma est nettement vacuolaire ;

2° Les cellules plates, qui ne semblent pas altérées morphologiquement ont un noyau coloré en orange, et un protoplasma lilas.

3° Les polynucléaires sont étirés, fusiformes ; leur noyau est vésiculeux et coloré en bleu ciel, et ils présentent un protoplasma vacuolaire avec quelques granulations neutrophiles.

A cette date (5 février), on applique sur le col un tampon imbibé de glycérine ichtyolée, et on conseille à la malade du repos au lit et des injections au permanganate de potasse à 1 p. 4000.

Cette malade revient tous les mardis et samedis, se faire faire panser.

Le 26 février. — Elle n'accuse plus de douleurs ; ses pertes sont devenues moins abondantes, tachant encore le linge.

L'examen microscopique montre encore à peu près les mêmes caractères que le 6 février.

Le 2 mars. — Pas de modifications appréciables.

Le 9 mars. — L'examen microscopique montre :

1° Quelques polynucléaires normaux ;

2° Nombreux polynucléaires altérés, à noyau vésiculeux, et à protoplasma vacuolaire prenant moins franchement les colorants ;

3° Cellules cylindriques et pavimenteuses plus ou moins dégénérées ;

4° Quelques cellules pavimenteuses non altérées ;

5° Pas de gonocoque typique ;

6° Quelques cocci mal déterminés ;

7° Quelques bactéries.

Le 16 mars. — Columnisation bien tolérée.

Le 19 mars. — Il persiste encore un écoulement peu abondant, et presque limpide. Le col utérin est moins gros, moins congestionné, l'examen microscopique, montre :

1° Un plus grand nombre de cellules pavimenteuses et

cylindriques normales proportionnellement à celles qui sont altérées;

2° Encore quelques cocci;

3° Nombreuses formes longues (bacilles, bactéries);

4° Polynucléaires ayant subi la dégénérescence vacuolaire, et qui par suite semblent avoir perdu leur activité ;

5° Quelques rares polynucléaires normaux.

Le 6 avril.— La malade est considérablement améliorée ; elle a encore un léger suintement limpide, dans lequel le microscope montre à peu près les mêmes éléments que le 19 mars, mais les cocci y sont devenus très rares ; les bacilles, au contraire, y sont en grand nombre.

Cet écoulement renferme peu de cellules cylindriques, mais des cellules pavimenteuses normales.

La malade nous annonce son départ à la campagne, et par suite, nous n'avons pu suivre, plus longtemps, l'évolution de son affection.

Observation XIV. — *Métrite aiguë avec leucorrhée abondante (due à l'obligeance de M.* Petitjean).

Lucie K..., 26 ans. Vient consulter le 2 mars, pour des pertes jaunâtres très abondantes.

Mariée depuis trois ans, elle a eu dès le début de son mariage des pertes blanches, avec quelques légères douleurs dans le ventre.

Il y a quinze mois, elle devient enceinte, sa grossesse évolue normalement et se termine par un accouchement normal, il y a six mois.

Les suites de couches n'ont rien présenté d'anormal.

Le 2 mars. — Cette malade a un écoulement très abondant, glaireux, franchement purulent. Ces pertes ne datent que de quelques jours, et ont acquis d'emblée leur aspect actuel; elles ne s'accompagnent que de légères douleurs abdominales.

Au spéculum, on trouve un col gros, laissant sourdre par son orifice, une grosse glaire jaune, qu'il est impossible de détacher.

Examen microscopique :

1° Traînées de polynucléaires normaux, franchement colorés, dont le triacide colore bien les granulations ;

2° Polynucléaires à protoplasma vacuolaire, et à noyau vésiculeux ;

3° Nombreux noyaux libres, contournés, fragmentés ;

4° Très rares cellules cylindriques normales ; dans quelques-unes le noyau est en voie de division ;

5° Quelques cellules pavimenteuses normales ;

6° Gonocoque intra et extra-cellulaire ;

7° Quelques hématies.

On conseille à cette malade le repos au lit, et des injections au permanganate de potasse.

Après deux ou trois jours de repos, la malade veut reprendre ses occupations ; et six jours après, elle est prise de violentes crises douloureuses de chaque côté du bas-ventre.

Ces crises se reproduisent deux ou trois fois par jour et ne cèdent qu'à l'application de glace sur le ventre et à l'administration de lavements laudanisés.

L'examen révèle une grosse salpingite aiguë double.

Observation XV. — *Néoplasme du col utérin, accompagné de leucorrhée.*

Jeanne Chev..., 51 ans; n'a jamais cessé d'être réglée. Depuis deux ans, elle a des pertes de sang à peu près continuelles, parfois très abondantes ; mais de temps en temps, ces pertes sont remplacées par des pertes blanc grisâtre, quelquefois franchement purulentes, peu odorantes, mais très irritantes pour les parties voisines.

Cette malade accuse depuis environ deux mois, des douleurs sourdes, avec sensation de tiraillement dans les deux côtés du bas-ventre et dans les reins; elle a des nausées fréquentes, de l'insomnie.

L'appétit a diminué. Cette malade présente une teinte jaune paille de tout son tégument.

Au toucher, col bourgeonnant, friable, saignant au moindre contact du doigt.

Envahissement complet du cul-de-sac droit et partiel à gauche.

Examen microscopique :

1° Cellules pavimenteuses normales ;

2° Cellules plates désagrégées ;

3° Quelques cellules à gros noyaux, plus ou moins arrondies, présentant d'assez nombreuses figures de bipartition de leur noyau et de leur protoplasma. Cette bipartition est souvent régulière, quelquefois atypique.

Ces cellules ont une taille un peu supérieure à celle d'un gros mononucléaire du sang ;

4° De nombreux polynucléaires ;

5° Quelques bactéries et quelques cocci.

CONCLUSIONS

La leucorrhée est un phénomène complexe, à la production duquel peuvent participer, isolément ou simultanément, toutes les muqueuses génitales. On peut donc comprendre sous ce nom tous les écoulements non sanguins de la femme, c'est-à-dire toutes les sécrétions normales ou pathologiques de l'appareil génital, quelles que soient leur nature et leur origine.

Suivant la région qui les produit, et le processus physiologique ou pathologique qui les détermine, les écoulements leucorrhéiques présentent des caractères extérieurs spéciaux qui peuvent fournir d'utiles indications pour le diagnostic.

On observe fréquemment, à côté de ces formes simples, typiques, des cas plus complexes, et surtout plus trompeurs, pour lesquels les renseignements de

la clinique pure sont insuffisants. Il est alors nécessaire de recourir à l'examen microscopique qui montrera des particularités bactériologiques et cytologiques spéciales, suivant qu'il s'agira d'une leucorrhée physiologïque ou pathologique, blennorrhagique ou non, aiguë ou chronique.

Ces considérations semblent utiles au point de vue pratique ; car en présence d'une leucorrhée, elles permettent de porter un diagnostic précis, de suivre l'évolution de l'affection qui lui a donné naissance, et d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Blatin et Nivet. — Traitement des mal. des femmes, qui déterminent des pertes blanches. Paris, 1842.

Bouchut. — De la leucorrhée chez les petites filles. *Mouv. méd.*, n° 49, 1875.

Chesnet. — *Semaine gynécologique* (14 fév. 1905).

Cornil et Ranvier. — Manuel d'Histologie pathologique. T. I, 1901.

Courty. — Traité des maladies de l'Utérus, 1872.

Dalché et Robin. — Traitement des maladies des femmes, 2e édit., 1902.

Doléris. — Fausses métrites de la ménopause. (*Méd. mod.* Paris, 1902.)

— Métrites et fausses métrites. Paris, 1902.

Doléris et Pichevin. — La pratique gynécologique.

Duncan. — Leucorrhea. *Chicago. med. Times*, p. 484, 1901.

Düsch. — Uber infectiose kolpitis kleiner Mädchen (*Deutsche med. Wosch.*), 1888.

Ély. — Endométrite sénile et virginale (*Amer. Journ. of obst.*), 5 fév. 1898.

Guersant. — De la leucorrhée chez les petites filles. *Bull. thérap.* T. LXVIII, 1865.

Hallé. — Rech. sur la bactériologie du canal génital de la femme. Thèse. Paris, 1898.

Hirot. — Bactériology of. vaginal secrets. *Amer. J. of obst.*, juillet 1896.

Herrmann. — On leucorrhea. *Polyclin. Lond.*, 1905.

Kroenig. — Le pouvoir bactéricide du contenu vaginal.

— Examen des sécr. vaginales de cent femmes enceintes. *Centr. f. Gynéc.*, 6 janvier 1894.

Laborde. — Contrib. à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Thèse. Paris, 1896.

Lefèvre (H). — De l'influence des flueurs blanches sur la santé générale de la femme. Thèse Paris, 1878.

Lehmann. — Traitement de la blennorrhée cervicale (*Deutsche méd. Woch.*) 6 janvier 1898.

Leplichey. — Lamétrite chez les tuberculeuses. Thèse Paris, 1883.

Lévy. — Die cervicale Leucorrhee, und ihre sichere Heilúng (Munich, 1876).

Lucas-Championnière. — *Presse médicale*, mai 1904.

Marfan. — Vulvo-vaginite des petites filles. *Rev. prat. des Trav. de médecine* (T. LV.), 1898.

— Étude sur la vulvo-vaginite des petites filles. *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1897.

— Vulvo-vaginite purulente aiguë. *Journal méd. int.*, 1900.

Martin et Léger. — Mémoire sur les organes sécréteurs de la vulve.

Menge. — Propriétés bactéricides des sécrétions vaginales de la femme. *Rev. sc. méd. de Hayem* (Analyse), 1895.

Pichevin. — Du traitement de la leucorrhée. *Sem. gynécologique*, Paris, 1900.

Poirier et Charpy. — Traité d'Anatomie humaine.

Pott (Richard). — Vulvo-vaginite du jeune âge. *Rev. sc. méd. de Hayem*, 1883.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1905.

Reichel. — De la blennorrhée du col. Thèse de Strasbourg, 1898.

Richelot. — *Bulletin médical*, 1899.

Shaik. — Fréquence de la blennorrhée chez les femmes mariées. *N. Y. Journ. med.*, 30 oct. 1898.

Sinéty (De). — Traité pratique de gynécologie, 2e édit., 1884.

Siderey et Lemaire. — Étude sur la leucorrhée *La Gynécologie*, avril 1904.

Siredey et Bigart. — Recherches sur la leucorrhée. *La Gynécologie*, mai 1905.

Stini. — Thèse de Paris, 1897.

Stolz. — Dictionnaire de méd. et chir. pratiques (Art. *Leucorrhée*), 1869.

Stroganoff. — Rech. bactériologiques sur le canal génital de la femme. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1893.

Vahle. — Die bacteriologische Verhalten, des Scheidensecrets neugeborenen, 1896.

Veillon et Hallé. — Étude bactériologique des vulvo-vaginites, etc. *Arch. méd. expérimentale*, mai 1896.

Waldo. — Leucorrhea post-graduate. N.-Y., 1898.

West. — Traité des mal. des femmes (trad. par Mauriac).

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	**MM**
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER
Clinique ophtalmologique	RECLUS DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BESANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.